



NEUROPSYCHOLOGIE DES APPRENTISSAGES

*À chaque population
ses questionnements cliniques*



COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

Jean-François Houvenaghel

Rédacteur en chef

Psychologue spécialisé en neuropsychologie et docteur en biologie et sciences de la santé.

Centre Expert Parkinson – Bretagne, Service de Neurologie, CHU de Rennes (35).

Comportement et noyaux gris centraux (EA 4712), Université de Rennes I (35)

Kristell POTHIER

Directrice de publication

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Maître de conférences en Psychologie.
Département de Psychologie – Psychologie des Âges de la Vie et Adaptation (PAVéA). Université de Tours (37).

Marie VIDAL

Co-directrice de publication

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.

Centre Médical & Pédagogique de Rennes-Beaulieu (35)

Association LADAPT (35) – SAMSAH

CHU de Rennes (35) – Consultations post-AVC

Marine HUDDLESTONE

Secrétaire

Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer de Bron (69) – Troubles du mouvement et pathologies neuromusculaires.

Hôpital du Gier à Saint Chamond (42) – Consultation mémoire.

Laurence JEHEL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisée en neuropsychologie.
CHU de Bordeaux (33) – Unité neuro-vasculaire.

François RADIGUER

Responsable d'articles

Psychologue spécialisé en neuropsychologie.
CHU Bicêtre, APHP, Le Kremlin-Bicêtre (94) –
Département Anesthésie-Réanimation.

Gaëlle SILVESTRE-BECCAREL

Responsable d'articles

Psychologue spécialisée en neuropsychologie et docteure en psychologie cognitive.
CHU de Rennes (35) – Services gériatrie, rééducation adulte et ORL.

Couverture

Cécilia Gin

Relecteurs

Le comité d'édition et de rédaction remercie les relecteurs qui ont contribué à vous proposer des articles de la meilleure qualité possible. Dans l'ordre alphabétique :

E. Avondino, L. Bilz, V. Biscay, C. Boivin, C. Bourlon, F. Chapelain, M. Goujon, V. Goutte, C. Harand, M. Klein, L. Lacoste, M. Laporte, A. Launay, V. Mattio, A. Matysiak, C. Mertz, M. Noël, J. Pho, S. Pradier, M. Rigal, G. Rouyre, A. Tanet, J. Wrobel.

CRÉDITS	2
INTRODUCTION	
Éditorial	5
NEUROPSYCHOLOGIE DE L'ENFANT	
Validation d'un outil d'aide au repérage des troubles dys : Échelle Identidys Oriane CHARTIER, Aurélien RICHEZ, Jérôme BIANCHI	7
NEUROPSYCHOLOGIE DE L'ADULTE	
La récupération espacée comme soutien à la prise en charge du syndrome néphrotique à domicile Anaïs LE MEUR	16
Démarche diagnostique dans le cadre d'une consultation mémoire : Étude d'un cas clinique d'Atrophie Corticale Postérieure Lise MALVY	24
Point de vue – WoMeMoRe : Développement d'une intervention cognitivo- motrice innovante auprès des patients présentant une lésion cérébrale acquise en phases aiguë et post-aiguë. Illustration avec une étude de cas Signe ANDERSEN, Vicente CASTRO-YEGUAS, Robert MORELLI, Ivanna GUADALUPE MANNO, Jean Michel FORNARI, Manuela FOURNIER-MEHOUAS, Ikram TIDAFI-BAYOU	37
NEUROPSYCHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	
Création d'un programme de revalidation cognitive multi-interventions pour des patients présentant un trouble neurocognitif léger non amnésique Eline LOKIETEK, Chanèle FREQUELIN, Alexia CUISNIAK	47
« Le PASA joue le jeu » : observation du bénéfice d'un atelier théâtre comme thérapie non médicamenteuse dans les maladies neurodégénératives Gilonne MARCHAND, Alix LAUNAY	59
La « GERIA-12 » pour évaluer la mémoire épisodique verbale chez la personne âgée : retour d'expérience et perspectives Muriel VANDENBERGUE, Valérie VANDERASPOILDEN, Thierry CLAES, Patrick FERY	70
Point de vue – Apprentissages des âges avancés : apprendre à perdre et apprendre à gagner Alain KERVARREC, Florence LE VOURC'H, Youna BONNIZEC	77

LE COMITÉ D'ÉDITION ET DE RÉDACTION

Jean-François HOUVENAGHEL,
Marine HUDDLESTONE, Laurence JEHÉL,
Kristell POTHIER, François RADIGUER,
Gaëlle Silvestre SILVESTRE-BECCAREL,
et Marie VIDAL pour le CER des Cahiers
de Neuropsychologie Clinique

Cher.e.s collègues,

Après un numéro 6 dédié à la troisième édition du Congrès National de Neuropsychologie Clinique, le présent numéro des Cahiers de Neuropsychologie Clinique est le premier dont le thème a été initié par notre Comité d'Édition et de Rédaction. Nous avons souhaité mettre en valeur la thématique de l'apprentissage.

Ce choix n'est pas anodin. Dans l'esprit de fédération impulsé par l'OFPN, la question de l'apprentissage concerne l'ensemble des neuropsychologues, que nous soyons amené.e.s à rencontrer des enfants, des adultes ou des personnes âgées. Les difficultés d'apprentissage sont très souvent à l'origine de la demande d'évaluation cognitive, qu'elle concerne la scolarisation, l'insertion professionnelle, l'autonomie au quotidien. Que l'apprentissage soit incident, intentionnel, déclaratif, procédural, c'est finalement l'ensemble de nos capacités neuropsychologiques qui sont à l'œuvre dans ce phénomène. Notre prise en charge peut alors permettre d'accompagner les patients et leurs proches dans certaines interrogations : « comment continuer à apprendre avec des troubles de la mémoire ? », « comment apprendre à m'adapter ou à mieux me concentrer ? » et aussi « comment apprendre à mieux me connaître ? ». Ainsi, comprendre ce qui se joue dans l'apprentissage, faire évoluer nos outils et notre regard avisé, faire preuve d'inventivité, sont des enjeux professionnels majeurs.

Compétence indispensable dans notre monde qui évolue, il est également essentiel de pouvoir apprendre de nos pairs. En tant que psychologues, nous sommes coutumier.e.s de ne pas être du côté du savoir mais plutôt de celui de l'apprentissage, avec ses essais et erreurs ! Chaque rencontre avec un patient nous apprend ainsi sur la diversité des fonctionnements intra et inter-individuels, sur les ressources et le potentiel de chacun face à une nouvelle expérience. C'est pourquoi nous avons tenu à vous présenter plusieurs articles « *Point de vue* » permettant de partager une réflexion et des retours d'expériences.

En construisant ce numéro, nous avons eu une pensée toute particulière pour Martial Van der Linden, qui nous a tant apporté sur la notion d'apprentissage. Son décès nous a profondément affecté.e.s. Cela nous a plongé.e.s dans la rétrospective de nos rencontres et de nos apprentissages fondamentaux toujours au

contact de la clinique. C'est un des nombreux talents de Martial Van der Linden, être toujours d'actualité.

Nous espérons que ce numéro suscitera votre curiosité et votre envie d'apprendre, pour que vive la neuropsychologie clinique!

Le Comité d'Édition et de Rédaction
Jean-François Houvenaghel, Marine Huddleston,
Laurence Jehel, Kristell Pothier, François Radiguer,
Gaëlle Silvestre-Beccarel et Marie Vidal

Conflits d'intérêts

Les autrices et auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Le Comité d'Édition et de Rédaction (2020). Éditorial. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 5-6.

Validation d'un outil d'aide au repérage des troubles dys : Échelle Identidys

Oriane CHARTIER

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
Centre d'Évaluation Pédiatrique du
Psychotraumatisme, service de pédopsychiatrie,
Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval.

Cabinet libéral auprès d'enfants
et d'adolescents.

Aurélien RICHEZ

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
Centre d'Évaluation Pédiatrique
du Psychotraumatisme,
service de pédopsychiatrie,
Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval.

Cabinet libéral auprès d'enfants
et d'adolescents.

Jérôme BIANCHI

Psychologue spécialisé en neuropsychologie,
Centre de Référence des Troubles
de l'Apprentissage, Hôpitaux pédiatriques
de Nice CHU-Lenval.

Cabinet libéral auprès d'enfants
et d'adolescents.

Consultant auprès de la MDPH 06.

Contact

Aurélien RICHEZ

richez.aurelien@yahoo.fr

Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval
57 Avenue de la Californie, 06200 Nice

Mots-clés

- Échelle de repérage
- Troubles neurodéveloppementaux,
- Parents
- Validation
- Troubles des apprentissages

Conflits d'intérêts

L'autrice et les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Chartier, O., Richez, A. et Bianchi, J. (2020). Validation d'un outil d'aide au repérage des troubles dys : Échelle Identidys. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 7-15.

Résumé

Le repérage et le dépistage précoces des troubles neurodéveloppementaux sont rendus difficiles par le manque d'outils validés existants. La prise en charge des enfants peut alors en être impactée. Le but de cette étude est de pouvoir valider un outil rapide et simple d'utilisation d'aide au repérage des troubles neurodéveloppementaux, plus spécifiquement des troubles spécifiques des apprentissages : l'échelle Identidys. Cet outil est à destination des parents, pour les enfants scolarisés du CE1 à la 6^e, et pouvant être utilisé plus tardivement jusqu'à la 3^e. Il aborde les difficultés pouvant toucher différentes sphères : l'attention/l'hyperactivité, le langage (oral et écrit), le développement moteur et le fonctionnement exécutif.

Au total, 1 137 parents d'enfants à développement typique ou d'enfants atteints de troubles des apprentissages ont participé à cette étude. Les données de 712 participants âgés de 7 à 15 ans ont été retenues pour mesurer les qualités psychométriques de l'échelle Identidys.

Les analyses ont révélé des valeurs significatives pour chacune des cinq sphères.

Cette première étude nous permet d'évaluer les qualités métrologiques de l'échelle Identidys ainsi que d'attester de sa capacité à discriminer les sujets à développement typique des sujets à risque.

INTRODUCTION

Actuellement, environ 8 % des enfants d'âge scolaire (Haute Autorité de Santé [HAS], 2017) présentent un trouble spécifique de l'apprentissage. Ces troubles sont des altérations durables et indépendantes de toute atteinte psychiatrique, motrice ou sensorielle, entraînant généralement des répercussions sur les sphères scolaires, sociales et privées de l'enfant et de l'adolescent. Ils peuvent toucher de manière isolée ou comorbide diverses sphères du développement telles que l'attention-l'hyperactivité, le langage, la motricité et le fonctionnement exécutif.

La reconnaissance de ces troubles permet de donner à ces enfants les mêmes chances d'épanouissement que leurs pairs, à la fois dans la sphère scolaire mais également à travers leur quotidien. Or, cette reconnaissance doit inévitablement passer par un repérage et un dépistage systématiques et plus précoces que ce qui est effectué à l'heure actuelle.

 **La reconnaissance de ces troubles permet de donner à ces enfants les mêmes chances d'épanouissement que leurs pairs.** 

« Sans diagnostic ni prise en charge, le niveau scolaire de l'enfant n'atteindra pas celui attendu pour son âge. Il pourra aussi développer des troubles émotionnels secondaires : faible estime de soi, dépression, anxiété... Plus tard, il sera confronté à des difficultés dans sa vie professionnelle et sociale. Pourtant, ces conséquences peuvent être prévenues ou atténuées par une prise en charge précoce et adaptée » (HAS, 2017).

TYPE D'OUTIL

Échelle d'hétéroévaluation remplie par les parents.

ÂGE

Pour les enfants et adolescents scolarisés du CE1 à la 3^e.

LANGUE

Française.

PRÉSENTATION DE L'OUTIL

Il s'agit de la 7^e version d'un outil dont le développement a été initié il y a 5 ans. Les 12 items retenus pour chacune des cinq sphères s'appuient sur les critères issus du DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition [DSM-5], American Psychiatric Association, 2013) et, plus largement, sur la littérature scientifique publiée récemment à ce sujet.

CADRE THÉORIQUE

L'échelle Identidys s'intègre dans le processus d'évaluation et de repérage des difficultés du jeune enfant d'âge scolaire. Il existe dans ce cadre plusieurs échelles et questionnaires parentaux (Tableau 1) qui permettent d'objectiver les difficultés liées à la présence de troubles DYS. Cependant, la plupart d'entre eux ne sont pas exhaustifs, ne concernent qu'un seul domaine de développement et peuvent parfois se révéler difficiles d'accès et longs à mettre en œuvre pour les parents. Le travail de développement de l'échelle Identidys a été pensé afin de pouvoir offrir aux parents et aux professionnels de l'enfance une vision synthétique et rapide des différents troubles du développement responsables de nombreuses situations de handicap invisible. Cet outil se propose d'évaluer les risques potentiels associés au domaine de l'attention et de l'hyperactivité, du langage oral, du langage écrit, de la motricité et du repérage spatial, et du fonctionnement exécutif.

 **Pouvoir offrir aux parents et aux professionnels de l'enfance une vision synthétique et rapide des différents troubles du développement responsables de nombreuses situations de handicap invisible.** 

LE TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ-IMPULSIVITÉ (TDA/H)

- Peut se manifester à travers diverses difficultés telles qu'un défaut d'endurance attentionnelle, une désorganisation, des manifestations d'hyperactivité et/ou d'impulsivité présentes à la fois en milieu scolaire et en milieu privé depuis plus de 6 mois.
- Pour le dépister, les quatre outils à destination des parents les plus utilisés par les professionnels sont le Conners-3 (Fumeaux et al., 2016), l'inventaire des symptômes du TDAH du Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance [CADDRA] (2011), le SNAP-IV (Bussing et al., 2008) et le questionnaire d'évaluation pour les enfants et adolescents avec difficulté d'attention, agitation et problèmes de comportement conçu par P. Poulin. Ce dernier, bien que n'ayant pas fait l'objet d'une publication, compte parmi les questionnaires de dépistage largement utilisés par les médicaux et paramédicaux travaillant dans ce domaine.

LA DYSPHASIE

- Correspond à un déficit au niveau du processus de compréhension et/ou de production du langage oral.
- Peut prendre la forme d'hypospontanéité, de manque du mot, de paraphasie et entraîne souvent des difficultés au niveau des interactions sociales.
- Les trois échelles retenues dans l'aide au dépistage de ce trouble sont le «DLPF Version de Synthèse, 18 à 42 mois» (Bassano et al., en préparation), la CCC-2 (Vézina et al., 2013) et les Inventaires MacArthur (Kern et al., 2010).

LA DYSLEXIE

- Impacte l'identification des mots en situation de lecture.
- Peut entraîner une lenteur de déchiffrage, une altération de la compréhension écrite ainsi que des difficultés orthographiques.
- À notre connaissance, il n'existe aucun questionnaire s'adressant spécifiquement aux

parents et permettant le repérage ou dépistage au niveau du langage écrit dans la littérature existante.

LE TROUBLE DÉVELOPPEMENTAL DE LA COORDINATION

- Altère les capacités d'automatisation des processus de planification, d'organisation et de coordination temporo-spatiale du geste.
- Peut être caractérisé par des difficultés de motricité globale (ex: activités sportives) et/ou de motricité fine (ex: habillage), par une maladresse, etc.
- Quatre outils sont fréquemment utilisés afin de repérer d'éventuelles difficultés motrices: le QTAC-FE (Ray-Kaesler et al., 2016), le questionnaire AVQ (cité dans Geuze, 2005) et celui du MABC-2 (Marquet-Doléac et al., 2016) ainsi que le ChAS-P/T (Rosenblum, 2006).

LE TROUBLE DU FONCTIONNEMENT EXÉCUTIF

- Peut se traduire par une altération de la flexibilité mentale, de la mémoire de travail, du contrôle inhibiteur ou encore de la planification. Un déficit de ces fonctions peut également constituer un trouble plus sévère et généralisé, le syndrome dysexécutif, se manifestant le plus souvent par un trouble massif du contrôle inhibiteur dont les symptômes les plus prégnants sont: une aimantation environnementale ou endogène, une tendance aux persévérations et d'importants déficits en mémoire de travail (Mazeau et Moret, 2013).
- Concernant le fonctionnement exécutif, regroupant évidemment un ensemble plus large de fonctions, la littérature fait notamment état de trois outils. Il s'agit du BRIEF (Roy et al., 2013), du CHEXI (Catale et al., 2013) et du DEX-C (Roy et al., 2015).

Les échelles et questionnaires présentés ici constituent, pour la plupart, des appuis importants dans la clinique et viennent souvent étayer les hypothèses diagnostiques des thérapeutes. En revanche, ils sont tous spécifiques à un domaine développemental. L'un des objectifs principaux de

Tableau 1. Présentation d'outils de repérage des troubles spécifiques des apprentissages

Outils	Difficultés ciblées	Langue	Étalonnage*	Points forts et limites
Conners (Fumeaux et al., 2016)	Attention, hyperactivité, impulsivité	Français (Suisse)	N = 795 Âge : 9 à 19 ans	+ Taille de l'échantillon + Rapidité d'utilisation + Âge - Absence de normes françaises
Inventaires des symptômes du TDAH (CADDRA, 2011)	Attention, hyperactivité, impulsivité	Français (Canada)		+ Rapidité d'utilisation - Absence de normes françaises
Questionnaire de P. Poulin	Attention, hyperactivité, impulsivité, opposition avec défiance	Français (Canada)		- Absence de normes françaises
SNAP-IV (Bussing et al., 2008)	Attention, hyperactivité, impulsivité, opposition avec provocation	Traduction en français (Canada)	N = 1 613 Âge : école primaire	+ Taille de l'échantillon - Absence de normes françaises
DLPF <i>Version de Synthèse, 18 à 42 mois</i> (Bassano et al., en préparation)	Communication, Langage oral	Français (France)	N = 517 Âge : 18 mois à 42 mois	+ Taille de l'échantillon + Normes françaises - Âge
Inventaire MacArthur (Kern et al., 2010)	Communication, langage oral	Validation en français (France, Suisse, Belgique, Luxembourg)	N = 400 Âge : 7 ans à 9 ans 11 mois Échantillon : avec trouble du langage oral	+ Rapidité d'utilisation - Absence de normes françaises - Absence de groupe contrôle
CCC-2 (Vézina et al., 2013)	Langage oral	Validation en français (Canada)	N = 80 Âge : 7 ans à 9 ans 11 mois Échantillon : avec trouble du langage oral	+ Rapidité d'utilisation - Absence de normes françaises - Absence de groupe contrôle
QTAC-FE (Ray-Kaesler et al., 2016)	Contrôle moteur, motricité fine et scripturale, coordination	Validation en français (Europe)	N = 30 Âge : 5 à 15 ans	+ Rapidité d'utilisation + Âge - Taille de l'échantillon
MABC-2 (Marquet-Doléac et al., 2016)	Développement moteur	Validation en français (France)	N = 626 Âge : 3 ans à 16 ans 11 mois	+ Âge + Rapidité d'utilisation + Taille de l'échantillon + Normes françaises
Questionnaire AVQ (Geuze, 2005)	Développement moteur	Traduction en français		- Absence de normes
ChAS-P/T (Rosenblum, 2006)	Acquisition de la coordination	Hébreu	N = 216 Âge : 4 à 8 ans	+ Rapidité d'utilisation - Absence de normes françaises

Outils	Difficultés ciblées	Langue	Étalonnage*	Points forts et limites
BRIEF (Roy et al., 2013)	Fonctionnement exécutif	Validation en français (France)	N = 951 Âge : 5 à 18 ans Échantillon : sujets sains	+ Taille de l'échantillon + Âge + Normes françaises - Absence de groupe pathologique
CHEXI (Catale et al., 2013)	Fonctionnement exécutif	Validation en français (Belgique)	N = 95 Âge : 5 à 6 ans	- Absence de normes françaises
DEX-C (Roy et al., 2015)	Fonctionnement exécutif	Validation en français (France)	N = 120 Âge : 7 ans à 12 ans	+ Rapidité d'utilisation + Normes

* Les informations fournies correspondent aux données francophones lorsque celles-ci sont disponibles

l'échelle Identidys est de permettre une évaluation de l'ensemble de ces dimensions au sein d'un outil unique, rapide et facile d'utilisation.

STRUCTURE DE L'OUTIL

Identidys a été conçue pour être une échelle multidimensionnelle, avec le calcul d'un score par sphère afin d'apporter une indication d'orientation de prise en charge spécifique pour chacune de ses dimensions : (A) Attention et Hyperactivité ; (B) Langage Oral ; (C) Langage Écrit ; (D) Motricité et Repérage spatial ; (E) Fonctionnement Exécutif.

ÉTALONNAGE

Identidys a été validée au cours de l'année 2018-2019 à partir d'un échantillon (Tableau 2) de N = 712 enfants français et monégasques, de 7 à 15 ans (m = 9 ans 4 mois, E.T = 1 an 6 mois).

Groupe d'âge	Effectifs	Pourcentage
7 ans	77	10.8%
8 ans	119	16.7%
9 ans	200	28.1%
10 ans	190	26.7%
11 ans	85	12%
12 ans	17	2.4%
13 ans	8	1.1%
14 ans	11	1.5%
15 ans	5	0.7%
TOTAL	712	100%

Tableau 2. Répartition des effectifs de l'échantillon en fonction de l'âge

Le consentement des parents et/ou tuteurs légaux a été obtenu préalablement à l'administration du questionnaire. Le groupe contrôle a été recruté au sein d'établissements scolaires des régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur et de Monaco ayant accepté la diffusion du questionnaire (N = 542 ; m = 9 ans 3 mois, E.T = 1 an 3 mois). Afin de constituer un groupe contrôle le plus représentatif possible de la population générale, les critères d'exclusion suivants ont été appliqués avant de réaliser les différentes analyses statistiques :

- (1) Antécédents de traumatisme crânien et/ou neurologique
- (2) Antécédents psychiatriques
- (3) Diagnostic posé de troubles spécifiques des apprentissages ou de troubles du spectre autistique
- (4) Redoublement scolaire
- (5) Présence de difficultés scolaires rapportées par les parents
- (6) Présence de prise en charge, actuelle ou passée, chez un psychologue, orthophoniste, psychomotricien, ergothérapeute ou tout autre professionnel libéral et/ou hospitalier dans le cadre de difficultés correspondant aux critères ci-dessus.

Pour le groupe pathologique, l'échelle a été proposée à un groupe d'enfants ayant déjà reçu un diagnostic d'un ou plusieurs trouble(s) spécifique(s) des apprentissages par le Centre de Référence des Troubles de l'Apprentissage (CERTA) de l'hôpital CHU-Lenval de Nice (62 %) et par des professionnels exerçant en libéral (38 %). Les diagnostics retenus en fonction des différentes dimensions de

l'outil pour former les groupes pathologiques (Tableau 3) sont :

Sphère A : Trouble Déficitaire de l'Attention avec/ sans Hyperactivité (TDA/H)

Sphère B : Trouble du langage oral ; dysphasie

Sphère C : Trouble du langage écrit ; dyslexie/ dysorthographe

Sphère D : Trouble des praxies/dyspraxie ; Trouble de la motricité fine ; Trouble Développemental de la Coordination (TDC) ; dysgraphie

Sphère E : Syndrome dysexécutif ; trouble de la mémoire de travail ; trouble du contrôle inhibiteur ; trouble de la planification.

Le groupe pathologique est constitué d'un total de N = 170 enfants (m = 9 ans 7 mois, E.T = 2 ans 20 jours).

	Effectif
Sphère A	76
Sphère B	82
Sphère C	143
Sphère D	56
Sphère E	87
% comorbidité observé	41.3%

Tableau 3. Répartition des effectifs en fonction des diagnostics retenus par sphère et taux de comorbidités observé dans le groupe pathologique

FIDÉLITÉ

CONSISTANCE INTERNE

Afin d'évaluer la consistance interne des items, c'est-à-dire la mesure dans laquelle tous les items évaluent le même ensemble de dimensions, le choix s'est porté sur le calcul de l'alpha de Cronbach (noté α) et celui des corrélations entre les différents items et le score total de chaque dimension (Tableau 4). De manière générale, les coefficients α sont supérieurs à .80 pour l'ensemble des sphères. Nous estimons, compte tenu de la longueur de chaque dimension (12 items) que ces valeurs rendent compte d'une bonne consistance de l'outil. Une analyse sphère par sphère par le biais des corrélations item-score total témoigne également d'une excellente consistance interne de chacune des sphères et de la participation de chaque item à la catégorisation des enfants dans les différentes dimensions.

Sphère	α	Corrélation inter-item moyenne
A	.92	.52
B	.91	.47
C	.93	.54
D	.88	.40
E	.90	.445

Tableau 4. Présentation des coefficients α et des corrélations inter-item moyenne par sphère

FIDÉLITÉ TEST-RETEST

La fidélité test-retest n'a pas été évaluée lors de l'étalonnage préliminaire d'Identidys.

VALIDITÉ

VALIDITÉ DE CONTENU

La construction de l'outil et la sélection des items ont été réalisées par un groupe de professionnels de la santé spécialisés chez l'enfant sous la coordination d'un psychologue spécialisé en neuropsychologie. Durant le long processus d'élaboration et de développement d'Identidys, les items présents à l'intérieur de chaque sphère ont été sélectionnés afin de remplir 2 objectifs principaux : (1) sélectionner les items les plus spécifiques possibles pour chaque tableau clinique tel que décrit dans le DSM-5 ; (2) obtenir un outil abordable, rapide à remplir pour les parents et simple d'utilisation.

VALIDITÉ DISCRIMINANTE

L'évaluation de la validité discriminante, c'est-à-dire la capacité de l'outil à placer les enfants dans la catégorie adéquate, a été réalisée par la comparaison de groupes cliniques au groupe contrôle. Les comparaisons, réalisées par le biais d'ANOVA, mettent en évidence des différences significatives entre les scores du groupe contrôle et du groupe pathologique dans chacune des sphères.

SENSIBILITÉ ET SPÉCIFICITÉ

En combinant les seuils des catégories à surveiller (entre le 80^e et le 95^e percentile) et à risque

(supérieur au 95^e percentile), nous avons évalué les paramètres probabilistes de sensibilité (Se) et de spécificité (Sp) des différentes sphères et en avons dérivé les indices cliniques de Valeur Prédicative Positive (VPP) et Valeur Prédicative Négative (VPN). Les données de l'échantillon testé mettent en évidence les qualités très satisfaisantes de l'outil dans sa capacité à associer un score élevé à une catégorie clinique (valeur moyenne pour l'échantillon VPP = 94.7% et VPN = 95.4%).

VALIDITÉ EXTERNE

La validité externe, dans ses dimensions de validité prédictive et concourante, n'a pas pu être évaluée lors de l'étalonnage préliminaire.

BIAIS ET LIMITES

Malgré ses qualités psychométriques, l'utilisation de l'échelle Identidys devrait tenir compte d'un certain nombre de limites.

Dans un premier temps, nous voulons insister sur son cadre d'utilisation: Identidys ne constitue bien sûr pas un outil diagnostique se substituant à une évaluation plus approfondie d'un profil cognitif par les professionnels de l'enfant.

Par ailleurs, son utilisation est également recommandée pour les enfants les plus jeunes. En effet, lors de cette étude de validation préliminaire nous avons concentré nos efforts sur l'objectif d'une identification précoce des enfants potentiellement à risque afin de les orienter rapidement vers le ou les professionnels adaptés. Dans ce cadre, nous nous sommes focalisés sur le recueil des données chez les enfants de 11 ans ou moins (94.2 % des effectifs), le très faible nombre de parents d'enfants de 12 à 15 ans ayant répondu au questionnaire ne nous permet donc pas d'évaluer de manière précise les qualités métrologiques de l'échelle spécifiquement pour cette tranche d'âge. Nous avons tout de même inclus dans cette étude, par souci d'exhaustivité, l'ensemble des données recueillies répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion des différents groupes.

La question d'un éventuel effet de l'âge sur les scores aux différentes sphères reste posée. Les analyses préliminaires mettent dès à présent en évidence un effet de l'âge dans la période d'intérêt de 7 à 11 ans, notamment dans les sphères A et B.

Ces effets semblent liés au comportement de certains items uniquement, et nous faisons l'hypothèse que des sous-dimensions au sein de chaque sphère réagissent différemment avec l'âge (les analyses montrent par exemple que dans la sphère A les scores aux items évaluant l'impulsivité diminuent avec l'âge jusqu'à 11 ans). Ces différentes sous-dimensions ne sont pas différenciées dans l'échelle Identidys comme elles peuvent habituellement l'être dans des outils plus exhaustifs et se concentrant sur un seul type de fonction.



Identidys ne constitue bien sûr pas un outil diagnostique se substituant à une évaluation plus approfondie d'un profil cognitif par les professionnels de l'enfant.



Un travail d'étalonnage de plus grande ampleur et une analyse systématisée du comportement de chaque item permettrait d'apporter des réponses précises à ces hypothèses en plus d'évaluer les qualités métrologiques complètes de l'échelle. Toutefois, Identidys nous semble en l'état capable de répondre à l'objectif principal d'offrir un outil rapide et simple d'utilisation afin de faciliter le repérage des difficultés spécifiques des enfants et leur orientation vers un parcours de soin approprié.

Dans l'attente d'une validation complète de cet outil, nécessitant un travail de fond plus important, nous recommandons lors de son utilisation de mettre en relation le profil de réponse ainsi que les éventuels commentaires laissés par les parents dans les champs prévus à cet effet, afin de faciliter l'interprétation des résultats et d'en enrichir la prise d'informations.

CONCLUSION

L'outil est actuellement disponible gratuitement dans son intégralité. Il est utilisé par des parents et/ou préconisé par des enseignants et autres professionnels évoluant autour de l'enfant, afin d'orienter au mieux les familles à travers leur parcours de soin et de les accompagner dans leur questionnement. Identidys peut également s'intégrer aux processus d'anamnèse et d'évaluation des professionnels libéraux et hospitaliers. À ce jour, plus de 10 000 téléchargements d'Identidys ont été recensés à l'échelle internationale par des praticiens francophones.

Nous espérons que la poursuite d'une large diffusion de l'outil pourra bénéficier aux enfants, aux parents et aux professionnels concernés. De plus, cela permettra son amélioration afin de mieux répondre aux objectifs de repérage précoce des troubles neurodéveloppementaux impactant les apprentissages d'enfants potentiellement à risque.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les professionnels libéraux et hospitaliers, le personnel des écoles et collèges, et bien sûr les enfants et leurs parents pour leur participation à cette recherche.

LIEN INTERNET

<https://www.identidys.com/>

Références

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par M.-A. Crocq, J.-D. Guelfi, P. Boyer, C.-B. Pull et M.-C. Pull; 5^e éd. rév.). Elsevier Masson.
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Hou, W., Garvan, C. W., Eyberg, S. M. et Swanson, J. M. (2008). Parent and teacher SNAP-IV ratings of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: psychometric properties and normative ratings from a school district sample. *Assessment*, 15(3), 317-328.
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). 2011. *Lignes directrices canadiennes sur le TDAH* (3^e éd.). Toronto, ON: CADDRA.
- Catale, C., Lejeune, C., Merbah, S. et Meulemans, T. (2013). French adaptation of the Childhood Executive Functioning Inventory (CHEXI): Confirmatory factor analysis in a sample of young French-speaking Belgian children. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(2), 149-155.
- Fumeaux, P., Mercier, C., Roche, S., Iwaz, J., Bader, M., Stéphan, P., Ecochard, R. et Revol, O. (2016). Validation of the French version of Conners' Parent Rating Scale revised, short version: Factorial structure and reliability. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(4), 236-242.
- Geuze, R. H. (2005). Questionnaire sur les activités de la vie quotidienne (AVQ) destiné aux parents. Dans R. H. Geuze (dir.), *Le trouble d'acquisition de la coordination* (p. 21-24). Solal.
- Haute Autorité de Santé (2017). *Les Parcours de Soins: Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages?* Repéré à: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages
- Kern, S., Langue, J., Zesiger, P. et Bovet, F. (2010). Adaptations françaises des versions courtes des inventaires du développement communicatif de MacArthur-Bates. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 107/108, 217-228.
- Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R. et Albaret, J. M. (2016). *Batterie d'Évaluation du Mouvement chez l'Enfant – 2^e édition (MABC-2) – Adaptation française*. Montreuil: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Mazeau, M. et Moret, A. C. (2013). *Le syndrome dys-exécutif chez l'enfant et l'adolescent: répercussions scolaires et comportementales*. Elsevier Masson.
- Ray-Kaesler, S., Thommen, E., Martini, R. et Bertrand, A. M. (2016). Validation transculturelle du « Developmental Coordination Disorder Questionnaire'07 » à la population francophone d'Europe: le QTAC-FE. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 2(1), 7-20.
- Rosenblum, S. (2006). The development and standardization of the Children Activity Scales (ChAS-P/T) for the early identification of children with Developmental Coordination Disorders. *Child Care Health and Development*, 32(6), 619-632.
- Roy, A., Allain, P., Roulin, J. L., Fournet, N. et Le Gall, D. (2015). Ecological approach of executive functions using the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome for Children (BADSC): Developmental and validity study. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 37(9), 956-971.

Roy, A., Fournet, N., Roulin, J. L. et Le Gall, D. (2013). *BRIEF-Inventaire d'Évaluation Comportementale des Fonctions Exécutives (Adaptation Française de Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C. et Kenworthy, L.)*. Hogrefe France Éditions.

Vézina, M., Sylvestre, A. et Fossard, M. (2013). Développement de la version québécoise francophone du Children's Communication Checklist-2 (CCC-2). Normalisation et équivalence métrique [Development of a Quebec French Version of the Children's Communication Checklist-2 (CCC-2). Normalisation and metric equivalence]. *Revue Canadienne d'Orthophonie et d'Audiologie*, 37(2), 156-168.

La récupération espacée comme soutien à la prise en charge du syndrome néphrotique à domicile

Anaïs LE MEUR

Psychologue spécialisée en neuropsychologie,
SAMSAH TC-CL 13 (AFTC-13).

Contact

Anaïs LE MEUR

anais.lemeur@aftc13.com

SAMSAH TC-CL 13 (AFTC-13)
56 Avenue André Roussin, 13016 Marseille

Mots-clés

- Accident vasculaire cérébral
- Déshydratation
- Diabète
- Interventions à domicile
- Récupération espacée
- Service médico-social

Conflits d'intérêts

L'autrice déclare ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Le Meur, A. (2020). La récupération espacée comme soutien à la prise en charge du syndrome néphrotique à domicile. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 16-23.

Résumé

La récupération espacée (RE) est une technique qui consiste à faire rappeler une information ou un comportement cible à des intervalles de temps progressivement allongés dans le but de l'acquérir. Elle se base sur le principe de renforcement de la trace en mémoire et peut être utilisée pour l'acquisition d'informations spécifiques et constantes dans le temps (un numéro de téléphone par exemple) ou d'un nouveau comportement (consultation systématique d'un aide-mémoire). Dans le cadre de l'accompagnement des personnes ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC), pour lesquelles les troubles mnésiques sont présents dans 42 % des cas, les techniques de remédiation neuropsychologique permettent de soutenir les interventions des acteurs du médico-social. La RE a ainsi constitué un support pertinent dans la prise en charge du syndrome néphrotique de Mme H., accompagnée par le SAMSAH TC-CL 13 (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés Traumatés Crâniens-Cérébro-Lésés) de l'AFTC-13 (Association des Familles de Traumatés Crâniens.) suite à un AVC en 2004. Cet article proposera ainsi un retour sur une pratique clinique développée en service médico-social, au domicile des personnes.

RÉCUPÉRATION ESPACÉE

La récupération espacée (RE) est une technique d'apprentissage utilisée dans la remédiation des troubles de la mémoire prospective basée sur les processus de mémorisation implicite et développée par Landauer et Bjork en 1978. Elle repose sur un apprentissage dispersé et sans erreur, et requiert peu d'effort cognitif de la part du patient. La RE consiste à faire rappeler une information ou un comportement par la personne à des intervalles de temps de plus en plus longs jusqu'à son intégration (Erkes et al., 2009); la répétition permettant ainsi de renforcer la trace en mémoire. En pratique, on demande à la personne de répéter immédiatement l'information cible, qu'elle est invitée à rappeler de manière successive après un délai qui s'allonge progressivement jusqu'à atteindre 30 minutes (il est classique de doubler l'intervalle de temps entre les répétitions), tant que la réponse attendue est fournie. Si la personne présente une difficulté pour redonner l'information (latence, hésitation ou erreur), le thérapeute la lui fournit rapidement pour éviter la production d'une réponse erronée et propose de revenir sur l'intervalle précédent. Un rappel est proposé lors des séances suivantes, l'information étant généralement considérée comme acquise à partir du moment où la personne peut la rappeler au début de trois séances consécutives.

Son utilisation présente un intérêt certain dans la prise en charge des troubles mnésiques en vie quotidienne en ciblant l'acquisition d'informations (exemple : code de carte bleue), de comportements (exemple : prendre ses pilules à une heure fixe) ou encore de procédures (exemple : utilisation d'une aide-externe). Elle est largement étudiée dans le cadre de la prise en charge des démences, où les preuves de son efficacité sont nombreuses (voir la



La récupération espacée repose sur un apprentissage dispersé et sans erreur, et requiert peu d'effort cognitif de la part du patient.



revue de Erkes et al., 2009), avec l'intérêt de possibilités d'application sur des situations concrètes du quotidien dans des contextes variés.

Ainsi, la RE peut être utilisée pour l'apprentissage du numéro de chambre par les résidents en institution (Brush et Camp, 1998), mais également pour l'amélioration du rappel de nouvelles informations épisodiques (Small, 2012). L'utilisation de cette technique tend désormais à se développer auprès d'autres pathologies telles que la schizophrénie ou les lésions cérébrales focales (Bourgeois et al., 2007).

RÉCUPÉRATION ESPACÉE ET LÉSIONS CÉRÉBRALES

Les études concernant l'utilisation de la RE dans le cadre de la lésion cérébrale acquise (LCA) restent peu nombreuses (8 publications retrouvées sur PubMed avec les mots-clefs « *spaced retrieval* » et « *brain injury* »), bien qu'elle soit utilisée dans les prises en charge actuelles. Cela pourrait venir du fait qu'elle est davantage utilisée en complément d'autres techniques pour favoriser leur acquisition par les personnes cérébrolésées. Par exemple, la RE peut être employée lors de l'apprentissage des étapes du *Goal Management Training* (stratégie visant la réhabilitation des comportements dirigés vers un but basée sur la théorie du *goal neglect*, Levine et al. 2000). Bourgeois et al. (2003), dans une étude menée auprès de patients présentant une démence, explorent ainsi l'intérêt de l'utilisation de la RE pour

ENCADRÉ 1.

Les travaux de Camp (2006) et d'autres équipes suggèrent que la RE est efficace parce qu'elle prend appui sur la mémoire procédurale et sur les processus de récupération distribuée et étendue (« espacée »), elle engage activement la personne atteinte de MA tout en nécessitant peu d'effort cognitif, on observe une réussite d'essai en essai grâce à un apprentissage sans erreur (ou réduction des erreurs), et le contenu et le contexte de l'entraînement sont porteurs de sens et pertinents pour le fonctionnement quotidien de la personne (Issu de Small, 2012, p. 3).

RE : Récupération Espacée

MA : Maladie d'Alzheimer

l'optimisation de l'utilisation d'aides externes par les patients. En 2007, Bourgeois et al. mettent en évidence l'efficacité de la RE sur les problèmes de mémoire en vie quotidienne auprès d'un groupe de 22 adultes cérébrolésés. Il est intéressant de noter que l'entraînement est proposé par téléphone dans cette étude, ce qui limite les contraintes institutionnelles tout en permettant un apprentissage en contexte.

Enfin, la RE est répertoriée dans des ouvrages de référence en matière de prise en charge tels que celui de Paquette (2009) ou encore dans les travaux de Wilson (2008). Elle est également brièvement citée dans le rapport de Truchon (2019).

CAS DE MME H.

Mme H. est âgée de 59 ans, elle vit en appartement avec deux de ses enfants (jumeaux âgés de 16 ans). Elle a deux autres enfants majeurs et une sœur qui sont présents et qui vivent à proximité. Cependant, il peut nous être difficile de les contacter et d'identifier le fonctionnement de la cellule familiale, l'interlocuteur privilégié changeant régulièrement en fonction des disponibilités et de la nature des décisions à prendre. Les informations ont ainsi tendance à se perdre et la prise de décision ralentie du fait du nombre de personnes mobilisées. Mme H. ne travaille plus et sort rarement seule de son domicile.

En 2004, Mme H. a été victime d'une hémorragie méningée par rupture d'anévrisme au niveau de l'artère communicante antérieure. Les antécédents sont notables, parmi lesquels : thrombocytose ; dyslipidémie ; diabète insipide de type 2 ; syndrome néphrotique¹ ; ils sont associés à un risque notable de déshydratation. Ainsi, il est préconisé à Mme H. de s'astreindre à un apport hydrique strict de 1 litre à 1 litre et demi au minimum par jour. Sur le plan neuropsychologique², Mme H. présente une fatigabilité notable associée à une désorientation temporo-spatiale, des troubles mnésiques et attentionnels. Elle ne présente pas de plainte sur le plan cognitif même si elle reconnaît avoir besoin de son entou-

1. Affection rénale.

2. Mme H. n'a pas réalisé de bilan neuropsychologique au cours de son parcours de soin, du fait notamment de la barrière de la langue. Ces éléments résultent des observations de l'équipe du SAMSAH lors des visites à domicile et de l'évaluation écologique formalisée via le GEVA-TC (*Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées*).

rage ou des professionnels pour la gestion administrative. L'entourage rapporte également un comportement apathique, corroboré par les professionnels. Concernant les capacités préservées, on constate que Mme H. est en capacité de comprendre les informations courtes et simples, de tenir une conversation courte et de se repérer dans son environnement.

Mme H. est suivie par notre service depuis 2014, avec un axe santé³ identifié dès le démarrage de l'accompagnement. Les interventions de l'équipe pluridisciplinaire⁴ ont permis de constater l'impact de l'atteinte mnésique, majoré par un trouble anxieux, dans son quotidien et ont conduit à la mise en place d'auxiliaires de vie (AV) à raison de 30 heures par semaine (du lundi au vendredi) et d'un passage infirmier la même année. Il a été constaté par les différents intervenants que les recommandations médicales concernant l'hydratation n'étaient pas respectées malgré un rappel régulier.

En juin 2016, lors de la consultation médicale annuelle, Mme H. reconnaissait avoir souvent soif et oublier de boire. Cependant elle tenait le discours inverse lors des interventions, alors que l'équipe constatait qu'elle ne buvait pas de manière spontanée. Nous sommes alors intervenus auprès de Mme H. pour la sensibiliser sur les risques encourus et appuyer les préconisations. Si elle semblait comprendre les informations données, l'assimilation des enjeux apparaissait limitée et l'engagement faible. L'incitation directe et l'accompagnement dans l'activité de boire est alors apparue nécessaire mais se limitait à la présence d'une tierce personne. En août 2017, elle a été hospitalisée pour un bilan d'hypernatrémie⁵ et une insuffisance rénale aiguë dans un contexte de dénutrition et déshydratation sans cause obstructive. Le traitement a été adapté et nous avons sensibilisé les différents intervenants à domicile sur la nécessité de l'inciter à boire, verbalement et par imitation, puisque la mise à disposition d'une bouteille dans la pièce de vie n'était pas suffisante.

3. L'accompagnement par le SAMSAH se formalise via un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) qui identifie deux à trois axes d'intervention parmi les domaines suivants : santé ; lieu de vie ; vie quotidienne ; activité professionnelle/scolaire ; vie sociale ; vie relationnelle ; droits/vie économique.

4. Psychologues spécialisés en neuropsychologie, travailleurs sociaux, infirmier, ergothérapeute, médecin MPR.

5. Augmentation du taux de sodium dans le sang en lien avec une faible consommation d'eau.

Fiche de récupération espacée

[]
A destination des AVS et IDE

Date de mise en place : 9 octobre 2017 **Objectif thérapeutique :** limiter la déshydratation

Récupération espacée : technique d'apprentissage permettant d'augmenter la survenue de certains comportements cibles et/ou d'améliorer la rétention d'informations précises.

Procédure :

1. A votre arrivée et à votre départ, poser la question suivante à Mme []
« Que faites-vous quand vous voyez la bouteille d'eau ? »

 *Il est absolument nécessaire de **poser la question telle quel, mot pour mot**, pour optimiser l'apprentissage.*

2. La réponse que Mme [] doit fournir est : « Je bois »
 - En cas de bonne réponse, la valider et continuer votre activité.
 - En cas d'erreur, lui rappeler la bonne réponse et la réinterroger en fin de visite ou quelques minutes après.
3. Noter sur cette feuille la réponse de Mme [] comme indiqué :

Date - Heure	Intervenant	Réponse
ex. lundi 9/10 à 10h30	ALM	La ranger
10h40		Boire un verre

Merci pour votre contribution !

Informations : Anaïs Le Meur, Référente en Santé Neuropsychologique []

Figure 1. Fiche récapitulative du protocole de récupération espacée pour Mme H.

IMPLÉMENTATION DE LA RE

Afin de pallier au changement d'intervenant et pour permettre à Mme H. de gagner en autonomie dans la gestion de sa santé, nous avons proposé d'utiliser la RE pour renforcer le comportement de boire. Une séance de 1h30 a été proposée par la neuropsychologue pour l'apprentissage; le suivi a été réalisé en lien avec les travailleurs sociaux de l'équipe. Il avait été au préalable entendu avec les AV et la famille qu'une bouteille d'eau soit présente en permanence dans le salon et la cuisine, où Mme H. passe la majeure partie de son temps. Les AV et les infirmiers libéraux (IDEL) ont été informés de la procédure par contact téléphonique et une fiche récapitulative a été laissée au domicile pour

rappel et pour récolter les observations au cours des premières semaines.

Après avoir expliqué à Mme H. l'intérêt et le principe de la RE, nous avons établi la question suivante : « Que faites-vous quand vous voyez la bouteille d'eau ? » ; la réponse attendue était : « je bois » et devait être accompagnée du geste. L'acquisition du comportement cible a été de bonne qualité, avec un bon enchaînement des différents paliers. Nous notons ce jour-là qu'elle se sert spontanément de l'eau à la vue de la bouteille, sans boire, entre les paliers de 15 et 30 minutes.

Les travailleurs sociaux sont retournés à domicile deux jours plus tard et la neuropsychologue 10 jours plus tard. Mme H. a produit la réponse

Intervalle	15 sec.	30 sec.	1 min.	2 min.	4 min.	8 min.	16 min.	32 min.
Réponse	Correcte							

Tableau 1. Réponses de Mme H. à chaque intervalle lors de la séance d'implémentation.

Date	5 Juillet 2017	2 Août 2017	7 Août 2017	17 Août 2017 (sortie de l'hôpital)	3 Nov. 2017	Novembre 2018
Natrémie (mEq/L)	150*	160*	166*	141	142	151*

* Taux supérieur à 145 mEq/L = hypernatrémie (signe de déshydratation)

Tableau 2. Évolution des taux de sodium dans le sang de Mme H. Valeur attendue : 135-145 mEq/L.

attendue lors des deux visites de contrôle. Le suivi a été limité par l'absence de régularité dans nos interventions au domicile et de participation des intervenants extérieurs (IDEL et AV), qui ne se sont pas engagés dans le recueil des données.

RÉSULTATS

Nous avons apprécié l'efficacité de l'intervention au regard du comportement spontané de prise de boisson et du taux de natrémie.

Nous avons observé le comportement de Mme H. lors de deux visites précédant le travail sur la RE; elle ne buvait pas lors de ces interventions malgré nos incitations. Deux jours après l'implémentation, la travailleuse sociale a noté que les bouteilles étaient à disposition mais sans verre; elle n'a pas rapporté d'élément sur la consommation de boisson. Nous avons alors précisé aux intervenants d'y être vigilants par le biais du cahier de liaison au domicile. Dix jours après l'implémentation, les propos de Mme H. sont corroborés par l'AV, elle rapporte boire davantage. Au cours de cette visite, on note qu'elle se sert spontanément et boit lorsque l'on s'installe. Par la suite, les travailleurs sociaux ont observé que Mme H. buvait plus régulièrement et de manière spontanée au cours de leurs visites, sans pouvoir le quantifier. Ils sont restés vigilants

Dix jours après l'implémentation, les propos de Mme H. sont corroborés par l'AV, elle rapporte boire davantage.

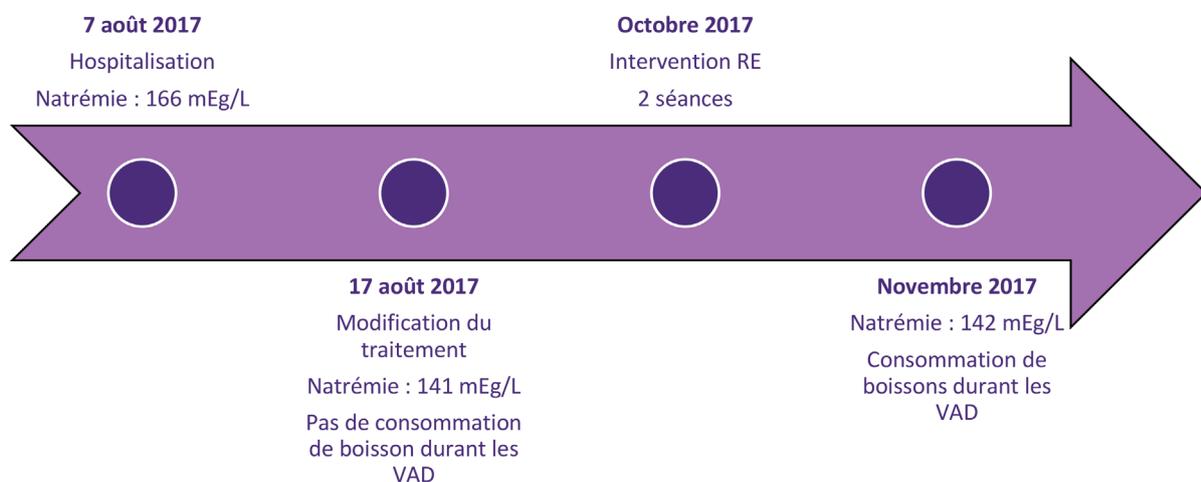


Figure 2. Résumé de la prise en charge en lien avec l'évolution de la natrémie

par rapport au maintien du comportement cible et à la mise à disposition des bouteilles aux endroits prédéfinis.

En novembre 2017, le bilan biologique montrait une stabilisation des marqueurs d'hydratation.

Ces derniers avaient été améliorés lors de l'hospitalisation du mois d'août (pour rappel : modification du traitement et surveillance quotidienne sur une semaine). La figure 2 reprend la chronologie de l'évolution de la natrémie et de la consommation de boissons durant les visites à domicile (VAD) en lien avec les interventions.

ÉVALUATION À DISTANCE

Suite à notre intervention, la situation médicale de Mme H. s'est gravement détériorée, avec récurrences d'AVC en janvier 2018, avril 2018 et décembre 2018. La RE est une technique sensible aux changements et le comportement n'a pas persisté après ces événements. Les examens biologiques montraient ainsi en novembre 2018 une dégradation des marqueurs d'hydratation (cf. tableau 2). Le travail a donc été reproposé en novembre 2018, à l'occasion d'une VAD, avec une implémentation rapide. Mme H. produisait la réponse et le comportement attendu à la question « Que faites-vous quand vous voyez la bouteille d'eau ? », elle a également bu de manière spontanée à 6 reprises au cours de cette même intervention. Il a aussi été envisagé de le réactualiser en 2019 puisque l'association question/réponse attendue est restée active. Néanmoins, le comportement n'était plus associé, tel que constaté lors d'une nouvelle visite.

Plusieurs éléments sont venus limiter le travail, dont l'absence de bouteille au domicile et les difficultés d'entrer en contact avec l'entourage. Le service d'AV a également été changé en cours d'année du fait de l'irrégularité des intervenants au domicile, ce qui ne permettait pas une vigilance régulière de l'hydratation de Mme. Nous l'avons ainsi accompagné pour racheter de nouvelles bouteilles suite à la casse des premières et solliciter la famille pour une rencontre ; les informations ont pu être données auprès de certains membres sans qu'un suivi ne puisse être assuré. Le changement d'AV a quant à lui permis un encadrement plus régulier des intervenants par le biais des rencontres mensuelles entre nos services.

Ce travail comporte plusieurs limites, les premières en lien avec la faiblesse des mesures recueillies en pré-/post- et leur caractère subjectif. En effet, les mesures biologiques limitent les interprétations, l'amélioration observée pouvant être imputable au changement de traitement concomitant à l'intervention. De plus, il aurait été préférable de disposer d'une meilleure quantification de l'occurrence du comportement cible avant et après l'intervention pour pouvoir mieux apprécier l'impact de la RE sur l'hydratation de Mme H. Bien que le secteur du médico-social permette d'intervenir en milieu écologique, la réactivité et la régularité des interventions peut être difficile à assurer selon l'activité du service. Ce fut le cas pour cet accompagnement, pour lequel la mise en place d'interventions rapprochées a été laborieuse, dans un contexte de problématique médicale pressante. On note d'ailleurs qu'il s'est écoulé presque deux mois entre la sortie d'hôpital et l'intervention (cf. figure 2).

Il aurait également été pertinent de mobiliser davantage l'entourage, à la fois pour le maintien du comportement, et pour recueillir des données dans des contextes variés. La difficulté de mobilisation des différents acteurs à domicile constitue ainsi la seconde limite, puisqu'elle restreint la diversification des situations de mobilisation de la connaissance. Cela a d'ailleurs conduit au changement de service d'AV pour améliorer la communication avec les intervenants, le service actuellement en place nous permettant de contacter directement l'ensemble des auxiliaires mobilisées sur la situation, ce qui n'était pas possible auparavant (échange via le cahier de liaison du domicile ou directement lors des VAD). Le protocole ayant principalement été proposé par la neuropsychologue, Mme H. a fortement associé cette personne à l'action de boire, sans le comportement cible en dehors de sa présence depuis l'aggravation de son état.

À ce jour, nous avons décidé de ne pas poursuivre avec cette stratégie en raison de l'aggravation de l'état de santé de Mme et du contexte familial qui s'est dégradé. Nous travaillons désormais en lien plus étroit avec les auxiliaires pour assurer une vigilance et une stimulation sur l'hydratation. Les IDEL sont également davantage sollicités dans la surveillance de la natrémie de la patiente.

CONCLUSIONS

La RE est une technique facile à implémenter au domicile et présente un intérêt pour un large panel d'activités de la vie courante. Elle présente également des avantages économiques du fait de la rapidité avec laquelle elle peut être implémentée (en fonction des personnes) et requiert une mobilisation temporaire des professionnels spécialisés lorsque sa mise en œuvre est maîtrisée. L'évaluation fine de son impact en vie quotidienne est donc capitale pour démontrer son utilité auprès de la personne et de son entourage, ainsi que des institutions, pour proposer des interventions plus individualisées. L'implication des proches est un facteur non-négligeable de maintien des comportements acquis car ils vont permettre de réactiver régulièrement ce qui a été appris, par la pratique et/ou la restitution régulière de la connaissance ciblée. Il est donc primordial qu'ils connaissent et comprennent les objectifs et impacts des interventions auprès de leurs proches pour s'engager dans le soutien des outils mis en place. Leur appropriation par les personnes et leur entourage constitue un facteur de maintien en vie quotidienne.

Les travaux de Bourgeois et al. nous permettent également d'appréhender le travail en contournant certaines contraintes institutionnelles. En effet, pour les services ne proposant pas de visites à domicile et/ou des créneaux de consultations fixes, il peut être difficile de proposer des RDV réguliers ou de maintien (qui nécessitent peu de temps) si la personne n'est pas sur place. Dans notre cas, cet article retrace une des premières interventions de ce type dans le service, il a permis de travailler sur l'optimisation des interventions, notamment par une meilleure organisation de travail pour plus de régularité. De plus, nous avons la possibilité de planifier des visites de courte durée, ce qui rend le suivi plus aisé.

REMERCIEMENTS

L'équipe du relais Marseille nord du SAMSAH TC-CL 13 pour sa contribution.

Mme H. et son entourage.

Références

- Bourgeois, M. S., Camp, C., Rose, M., White, B., Malone, M., Carr, J. et Rovine, M. (2003). A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia. *Journal of Communication Disorders*, 36, 361-378.
- Bourgeois, M. S., Lenius, K., Turkstra, L. et Camp, C. (2007). The effects of cognitive teletherapy on reported everyday memory behaviours of persons with chronic traumatic brain injury. *Brain Injury*, 21(12), 1245-1257.
- Brush, J. A. et Camp, C. J. (1998). Using spaced-retrieval as an intervention during speech-language therapy. *Clinical Gerontologist*, 19, 51-64.
- Camp, C. J. (2006). Spaced retrieval: a model for dissemination of a cognitive intervention for people with dementia. Dans : D. K. Attix et K. A. Welsh-Bohmer (dir.), *Geriatric neuropsychology: assessment and intervention* (p. 275-292). Guilford Press.
- Erkes, J., Raffard, S. et Meulemans, T. (2009). Utilisation de la technique de récupération espacée dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Revue critique et applications cliniques. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 7, 275-286.
- Landauer, T. K. et Bjork, R. A. (1978). Optimum rehearsal patterns and name learning. Dans : K.-M. Gruneberg, P. E. Morris et R. N. Sykes (dir.), *Practical aspects of memory* (p. 625-632). Academic Press.
- Levine, B., Robertson, I. H., Clare, L., Carter, G., Hong, J., Wilson, B. A., Duncan, J. et Stuss, D. T. (2000). Rehabilitation of executive functioning: An experimental-clinical validation of Goal Management Training. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 299-312.
- Paquette, C. (2009). *Guide des meilleures pratiques en réadaptation cognitive*. Presses de l'université du Québec.

De Peretti, C., Grimaud, O., Tuppin, P., Chin, F. et Woimant, F. (2012). Prévalence des accidents vasculaires cérébraux et de leurs séquelles et impact sur les activités de la vie quotidienne: apports des enquêtes déclaratives Handicap-santé-ménages et Handicap-santé-institution, 2008-2009. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut de Veille Sanitaire, 1*, 1-6.

Small, J. A. (2012). A new frontier in spaced retrieval memory training for persons with Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation, 22*(3), 329-361.

Truchon, C. (2016). Guide de pratique clinique pour la réadaptation des adultes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral modéré-grave. Processus de développement et recommandations cliniques. INESSS. Québec. Repéré à : <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2668851>

Wilson, B. (2008). Neuropsychological Rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 141-62.

Démarche diagnostique dans le cadre d'une consultation mémoire : Étude d'un cas clinique d'Atrophie Corticale Postérieure

Lise MALVY

Psychologue clinicienne spécialisée
en neuropsychologie, APHP,
Centre les Renouillers, CHU Louis Mourier,
Colombes (92), France

Contact

Lise MALVY

lise.malvy@aphp.fr

Groupe Hospitalier Universitaire AP-HP
Nord-Université de Paris,
Hôpital Louis Mourier,
Service de gérontologie,
178 rue des Renouillers, 92700 Colombes

Mots-clés

- Atrophie Corticale Postérieure
- Troubles cognitifs
- Troubles de la vision
- Neuropsychologie
- Présentation de cas

Conflits d'intérêts

L'autrice déclare ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Malvy, L. (2020). Démarche diagnostique dans le cadre d'une consultation mémoire : Étude d'un cas clinique d'Atrophie Corticale Postérieure. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 24-36.

Résumé

L'Atrophie Corticale Postérieure (ACP) s'inscrit dans le cadre des atrophies focales progressives. Cette pathologie neurodégénérative se caractérise par un tableau clinique spécifique principalement composé de déficits visuo-perceptifs et visuo-spatiaux, en l'absence d'atteinte ophtalmique, et évoluant progressivement vers un tableau de syndrome démentiel généralisé. La rareté de cette pathologie et la particularité de sa présentation peuvent entraîner des difficultés à établir un diagnostic et posent la question de la prise en charge des patients. Nous proposons, dans cet article, de rapporter le cas clinique d'une patiente présentant des troubles visuels depuis l'enfance. Nous nous attacherons, après une synthèse des connaissances actuelles concernant l'ACP, à décrire notre démarche diagnostique et les écueils que nous avons rencontrés, du point de vue clinique et neuropsychologique, appuyée par des imageries structurales et fonctionnelles.

INTRODUCTION

L'Atrophie Corticale Postérieure (ACP) est une pathologie dégénérative rare s'inscrivant dans le cadre des atrophies focales progressives. Elle se caractérise par des difficultés visuelles complexes qui évoluent rapidement (en moyenne 5 ans) vers un tableau de démence généralisé. Si la plupart des études rapportent une prédominance féminine et un âge d'apparition précoce, autour de 50 à 60 ans en moyenne (bien qu'une étude évoque une plus large distribution, de 40 à 86 ans (Kas et al., 2011)), aucune épidémiologie précise n'est encore réellement établie. En effet, mesurer la fréquence, la prévalence et l'incidence de cette maladie nécessite, encore aujourd'hui, une harmonisation des critères diagnostiques et une meilleure sensibilisation des professionnels de secteur tant dans le domaine de la recherche que de la pratique de terrain. Actuellement, les critères cliniques compilés par Crutch et al. (2012) font consensus. Révisés en 2017 par un groupe de cliniciens et de chercheurs (Crutch et al., 2017), deux nouveaux niveaux de classification ont été établis, permettant principalement d'affiner la constitution de groupes cohérents et consistants dans le cadre de la recherche. Rappelons, enfin, que le diagnostic reste majoritairement tardif, en

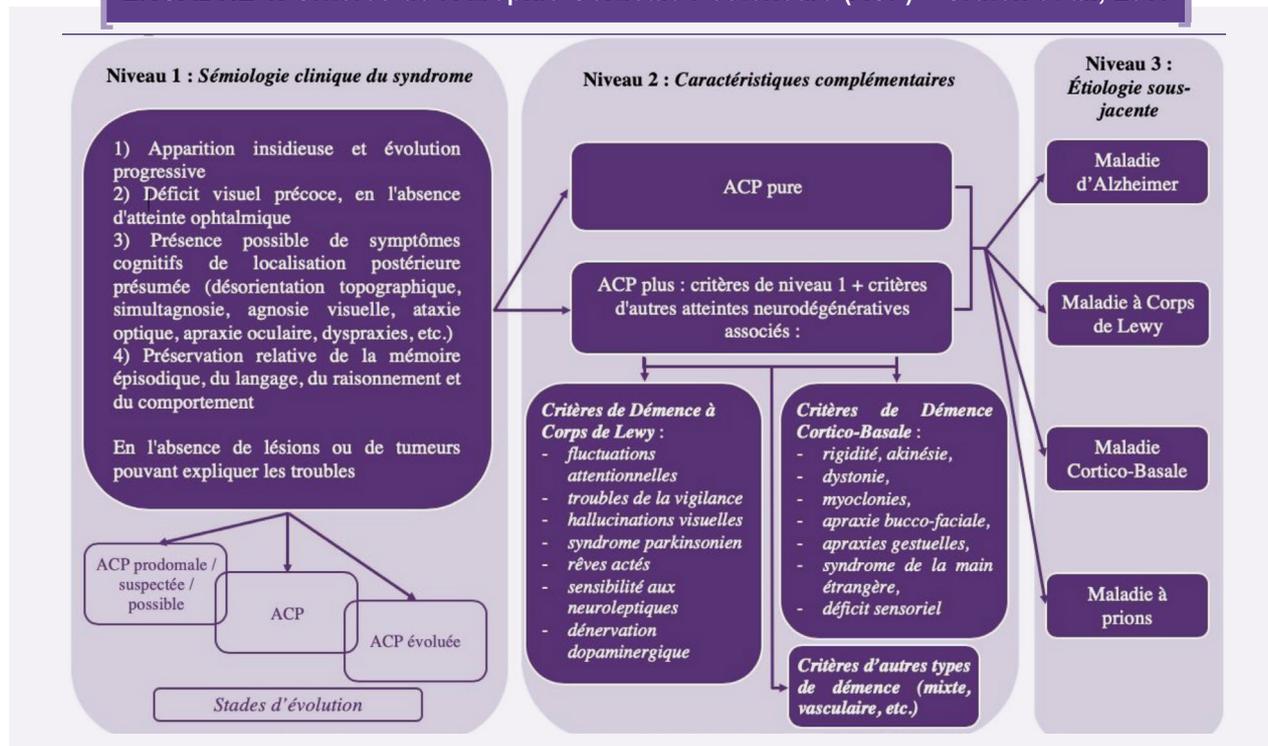
L'Atrophie Corticale Postérieure (ACP) est une pathologie dégénérative rare s'inscrivant dans le cadre des atrophies focales progressives.

moyenne 4 ans après l'apparition des premiers signes (Tang-Wai et al., 2004).

En 1988, Benson isole, le premier, le cadre nosologique de l'ACP (Benson et al., 1988). Il observait alors, sur un échantillon de 5 patients, que le symptôme initial de la démence progressive qu'ils développaient était une agnosie visuelle accompagnée d'éléments du syndrome de Balint, du syndrome de Gerstmann et d'une aphasie transcorticale sensorielle. Les autres fonctions cognitives habituellement altérées dans les pathologies dites démentielles étaient relativement préservées jusqu'à un stade avancé de la maladie.

De nos jours, il est toujours d'usage de considérer que la principale étiologie de l'ACP est la maladie d'Alzheimer (MA). Les revues de littérature des 5 à 10 dernières années rappellent que l'ACP n'est pas seulement une « variante visuelle » de la MA mais qu'elle peut également évoluer vers d'autres pathologies et notamment la démence à corps de Lewy (DCL), la démence cortico-basale (DCB), les mala-

ENCADRÉ 1. Critères de l'Atrophie Corticale Postérieure (ACP) – Crutch et al., 2017



ENCADRÉ 2. Définitions de symptômes de l'ACP et corrélations neuroanatomiques**Syndrome de Balint (atteinte lésionnelle occipito-pariétale bilatérale)**

Composé d'une apraxie oculaire, d'une ataxie optique (paralysie psychique du regard sans atteinte des mouvements oculaires, gênant la poursuite et la fixation de cibles ou encore la saisie d'objets avec précision, sous le seul contrôle de la vue) et d'une désorientation visuelle, en lien avec une simultagnosie (incapacité à reconnaître des images complexes, des dessins enchevêtrés, alors que les détails sont bien perçus).

Syndrome de Gerstmann (atteinte pariétale postérieure gauche)

Composé de 3 signes majeurs : agraphie, acalculie (calcul mental, écrit, ordonnancement de chiffres, disposition spatiale des opérations) et un trouble du schéma corporel avec indistinction gauche/droite et agnosie digitale (incapacité à désigner ou distinguer les doigts).

Aphasie transcorticale sensorielle (atteinte postérieure de l'aire de Wernicke)

Aphasie fluente caractérisée par un trouble de la compréhension, avec atteinte du traitement visuo-verbal et/ou auditivo-verbal et maintien des capacités de répétition.

dies à prions (Creutzfeld-Jacob, Insomnie Fatale Familiale) ou encore dans de rares cas vers une gliose sous-corticale (e.g. maladie de Neumann). Des références pourront par exemple être retrouvées dans les articles de Carrasquillo et al. (2016), ou de Crutch et al. (2017).



Les revues de littérature des 5 à 10 dernières années rappellent que l'ACP n'est pas seulement une « variante visuelle » de la MA mais qu'elle peut également évoluer vers d'autres pathologies.



PRÉSENTATION CLINIQUE ET SPÉCIFICITÉS NEUROPSYCHOLOGIQUES

Les critères, outre les éléments déjà décrits par Benson comprennent une apparition insidieuse, une évolution progressive des symptômes ainsi que l'exclusion de lésions focales pouvant présenter des caractéristiques similaires (tumeurs cérébrales, AVC...). Différentes études précisent également l'altération d'autres fonctions cognitives. Whitwell et al. (2007) rappellent notamment l'apparition secondaire de troubles cognitifs postérieurs non visuels, caractérisés par des déficits praxiques, de mémoire de travail, de langage, des troubles lexiques et graphiques et un syndrome dysexécutif. La mémoire épisodique et certaines fonctions frontales telles que les capacités de réflexion et d'introspection se-

raient davantage préservées en début de maladie (McMonagle et al., 2006) et n'enlèvent en rien la variabilité des présentations observables chez les patients qui ont un diagnostic d'ACP. En effet, nombre d'études de cas et de recherches sur de petits échantillons suggèrent une distinction fonctionnelle entre la forme d'ACP « dorsale » affectant davantage la voie visuelle du « Où » (occipito-pariétale) et la forme « ventrale » touchant la voie visuelle du « Quoi » (occipito-temporale).

Cependant, ces différenciations en termes de formes, suggérant des sous-types d'ACP, n'excluent pas l'intégration de ce syndrome à un continuum. Il apparaît toujours plus clairement que ces présentations, ces spécificités neurologiques et étiologiques, n'empêchent aucunement de considérer l'ACP comme une entité nosologique à part entière.

NEUROIMAGERIE ET DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

L'imagerie par résonance magnétique cérébrale (IRM) et l'imagerie fonctionnelle par émission de positons (TEP) font partie des outils techniques d'analyse les plus utilisés en pratique de terrain. Dans le cadre de la recherche, la réalisation d'IRM, en utilisant la méthode « Voxel Based Morphometry » a mis en évidence une diminution significative de la substance grise des lobes occipitaux et pariétaux et, dans une moindre mesure, des lobes temporaux chez les patients ACP par rapport à des sujets con-

ENCADRÉ 3. Résumé du fonctionnement des voies associatives visuelles

Voie dorsale (du «Où»):

→ Permet l'intégration visuelle de type visuo-spatiale: d'établir des représentations spatiales multiples et d'articuler la perception avec l'action.

→ Atteinte caractérisée par une simultagnosie, une ataxie optique (peut évoluer vers un syndrome de Balint), une alexie et une agraphie spatiale.



Voie ventrale (du «Quoi»):

→ Permet d'identifier et de gérer les données visuelles relatives aux caractéristiques de l'objet (forme, couleur, ...) ou des visages.

→ Atteinte caractérisée par des difficultés à reconnaître des objets, une désorientation topographique, une prosopagnosie, une extinction visuelle, un déficit d'un hémichamp visuel.

trôles sains (Arighi et al., 2015; Crutch et al., 2012). La comparaison, avec la même méthode, couplée à une analyse de l'épaisseur corticale de patients présentant une ACP ou une atteinte type MA amnésique, a montré une atrophie pariétale droite majeure et une atrophie temporale et hippocampique moins importante chez les patients ACP (Lehmann et al., 2011; Whitwell et al., 2007). De nombreuses études tendent également à rapporter une asymétrie des profils d'atrophie (avec une atteinte davantage latéralisée à droite) mais la question du biais de recrutement des patients inclus dans les protocoles peut également expliquer cette particularité. En effet, les critères diagnostics sont variables selon les équipes de recherche mais comportent généralement davantage de profils dits « dorsaux ». Il reste intéressant de noter que le gyrus cingulaire postérieur, le précuneus et le lobe pariétal inférieur apparaissent être affectés de manière équivalente chez les patients présentant une ACP et chez ceux atteints de MA (Arighi et al., 2015; Lehmann et al., 2011; Whitwell et al., 2007).

Il est également possible d'analyser la topographie du dysfonctionnement neuronal; soit par l'analyse du métabolisme glucidique par l'imagerie dite TEP-FDG, au fluorodésoxyglucose; soit par

l'analyse de la perfusion corticale par l'imagerie scintigraphique TEMP (tomographie par émission monophotonique). Ces méthodes d'exploration sont largement concordantes avec les changements structuraux déjà évoqués au niveau des aires pariéto-occipitales.

Les études en TEP-FDG rapportent un hypométabolisme glucidique du cortex associatif pariétal et, à des degrés variables, du cortex adjacent temporal et occipital. Le cortex frontal et les régions temporales médianes paraissent quant à eux relativement épargnés. D'autres études en TEP observent, outre un profil scintigraphique d'hypoperfusion pariéto-occipitale bilatérale sévère (s'étendant vers le cortex temporal postérieur, le cingulum postérieur et le pulvinar, toujours bilatéralement) une hypoperfusion plus modérée de la région « frontal eye fields » impliquée dans la génération de mouvements oculaires volontaires (Arighi et al., 2015; Crutch et al., 2012). Cette atteinte spécifique serait une conséquence directe à la désafférentation des fibres longues depuis les régions pariéto-occipitales et pourrait, par ailleurs, expliquer les phénomènes d'apraxie oculaire.

Outre ces techniques d'imagerie, le dosage de marqueurs physiopathologiques et l'analyse des dépôts neurofibrillaires peuvent également permettre de préciser le diagnostic étiologique (De Souza et al., 2011). Le dosage de peptides amyloïdes, de protéines Tau totales (t-Tau) et phosphorylées (p-Tau) dans le liquide cérébro-spinal permet, par exemple, de diagnostiquer une atteinte type MA (sensibilité et spécificité > 80 %). L'analyse du dépôt amyloïde en TEP par le traceur PIB (Pittsburgh Compound B) a, quant à lui, une sensibilité diagnostique pour la MA de 90 % et une spécificité variant de 73 à 96 %. D'autres études récentes s'intéressent également aux mutations génétiques observables chez les patients présentant une ACP, toujours en comparaison avec des patients atteints d'une MA. Carrasquillo et al. (2016) ont notamment étudié une cohorte de 124 sujets (67 ACP et 57 MA) et précisent les variantes pathogènes (ou potentiellement pathogènes) conduisant à des mutations du génome chez les patients ACP.

Bien que nous n'approfondirons pas cette question (ce type de recherches comportant actuellement de nombreux biais qui demandent à affiner les critères de comparaison des groupes) l'ensemble de ces explorations structurales, fonctionnelles et physiopathologiques présentent pourtant l'intérêt

majeur d'orienter le processus neurodégénératif sous-jacent à l'ACP (MA atypique *versus* autres étiologies diagnostiques; DCL, DCB, maladie à Prions, etc.). Elles pourraient donc permettre d'améliorer la prise en charge suite à l'annonce diagnostique. Elles restent cependant coûteuses, aux niveaux matériel et sociétal, mais également pour les patients, dans la pratique de terrain.

CAS CLINIQUE

Madame K., âgée de 64 ans, droitrière, ancienne cadre de santé dans le milieu hospitalier, se présente à notre consultation sur les conseils de son médecin traitant. Lors du premier entretien d'évaluation gériatrique, elle se plaint de difficultés mnésiques engendrant une gêne au quotidien et évoluant depuis 1 an et demi. Elle égare des objets, a oublié un caddie dans les transports, ne range pas toujours ses papiers administratifs de manière logique. Elle décrit s'être perdue une seule fois en ville, sur un trajet inhabituel. Elle est tout à fait autonome, gère son quotidien et est une citoyenne active. En parallèle, elle rapporte une histoire familiale difficile et des éléments de vie douloureux. Elle aborde ses craintes concernant l'avenir et le devenir et, plus globalement, décrit une certaine insatisfaction de sa vie de jeune retraitée. En dehors de ces affects d'allure dépressifs, elle présente peu d'antécédents médicaux. Un goitre multinodulaire est retrouvé ainsi qu'une hypertension artérielle traitée. Ses examens biologiques sont tout à fait normaux.

Elle décrit, presque de manière anecdotique, ce qui ressemble à des paresthésies des membres supérieurs, apparues depuis environ un an et évoque un épisode qu'elle qualifie de « malaise vagal » survenu l'été précédent, sans cause retrouvée. Son examen neurologique reste sans particularité à l'exception d'une petite lenteur à l'exécution de praxies d'imitation notée par le médecin gériatre.

Elle n'exprime aucune gêne visuelle. Il faut cependant souligner que Madame K. présente une diplopie horizontale depuis sa prime jeunesse. Elle a subi deux opérations pour un strabisme et a toujours pu compenser ses troubles visuels. Elle consulte régulièrement son ophtalmologue, a changé les verres de ses lunettes il y a moins d'un an et a suivi une rééducation orthoptique il y a 3 ans – avec succès – nous dit-elle. Devant ce profil a priori peu alertant et un examen clinique tout à fait normal, un traitement antidépresseur léger est introduit et une

consultation neuropsychologique est proposée, à distance.

Madame K. est revue par la psychologue spécialisée en neuropsychologie 3 mois plus tard. Son tableau clinique a rapidement évolué et sa présentation actuelle ne correspond déjà plus aux premières observations rapportées par le médecin gériatre. Cette retraitée, décrite comme active et engagée, se montre extrêmement ralentie et sa présentation physique dégage une fragilité qui contraste avec son profil initial. Son regard apparaît instable avec une incapacité à fixer son interlocuteur, provoquant ce qui ressemble à un nystagmus.

À l'entretien, le discours de la patiente évolue franchement. Elle décrit une rupture de son fonctionnement antérieur avec, outre les gênes précédemment abordées, un manque du mot fréquent et des difficultés d'orientation spatiale. Elle évoque plusieurs épisodes récents lors desquels elle s'est perdue en prenant les transports en commun. Elle a toujours retrouvé son chemin sans aide mais dit ne plus se repérer comme avant. Elle rapporte également avoir réduit ses activités et sa vie sociale. Ses enfants et des amis proches continuent à lui proposer des stimulations au quotidien mais elle se dit fatiguée et ressent une baisse de son élan vital. Elle présente désormais un syndrome dépressif franc.

Ses enfants s'inquiètent de sa vulnérabilité. Ils ont récupéré très récemment les documents administratifs importants de leur mère craignant qu'elle ne les égare et ne soit plus en mesure de les gérer. Effectivement, elle fait beaucoup plus de « range-ments » (sic.) : elle déplace ses documents puis ne sait plus où elle les a entreposés. Il en va de même lorsqu'elle range les courses. Le tableau semble évoquer une atteinte cognitive globale avec, toutefois, une conscience aiguë de ses capacités et de ses limitations dans les activités de vie quotidienne. Une épreuve de débrouillage est proposée en amont du bilan.

ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

Dans le cadre des consultations neuropsychologiques en milieu hospitalier, les patients sont généralement reçus sur une durée moyenne de deux heures ; durée relativement courte au vu des enjeux liés aux évaluations proposées. Ce temps permet, outre réaliser un entretien détaillé, de proposer des épreuves psychométriques ciblées en vue de dégager un profil de fonctionnement cognitif. Les

contraintes institutionnelles, inévitables dans la pratique de terrain, ne permettent pas toujours de revoir les patients pour un complément, ni de réaliser une évaluation aussi complète que souhaitée.

Madame K. a été vue sur une durée totale de 3 heures consécutives dont 45 min ont été consacrées à l'entretien clinique, en présence d'un de ses enfants, en accord avec chacun. Le ralentissement idéo-moteur était extrêmement marqué et 30 minutes ont été nécessaires à la passation du MMSE (Folstein et al., 1975). Le temps restant ne pouvait être qu'un «débrouillage de débrouillage», par des explorations brèves mais multiples, adaptées en fonction de ses performances et de sa fatigabilité.

Tout au long de cette évaluation, la patiente s'est montrée parfaitement compliant et participative. Une grande perplexité a cependant été relevée avec régularité chez la patiente, face à certaines épreuves.

Débrouillage cognitif

Le MMSE présentait un score brut pathologique à 19/30. Outre le ralentissement idéomoteur flagrant observé, certaines erreurs paraissaient inhabituelles : incapacité à répéter un des mots de l'apprentissage (pourtant correctement rappelé à distance), abandon du calcul pour une personne présentant un bon niveau socio-culturel (3/4 selon l'échelle du GRECO ; Hugonot-Diener, 2001), écriture qui présentait la particularité de voir les lettres s'espacer au fur et à mesure de l'avancée de la phrase, échec de la visuo-construction.

Évaluation du langage

Le langage était peu fluent, caractérisé par un discours à tâtons – sans asyntaxie toutefois – et la vitesse d'expression était ralentie. De rares accélérations normalisaient le débit brièvement et une hypophonie était notée. Néanmoins, si le discours spontané était émaillé de ces particularités, il restait cohérent, informatif et tout à fait intelligible.

En situation dirigée, les épreuves n'ont pu être proposées dans leur totalité. Elles mettaient cepen-

dant en évidence un effondrement des capacités de fluences verbales catégorielles. Ces difficultés d'initiation étaient en accord avec les observations cliniques. L'épreuve de dénomination observait quant à elle principalement des erreurs de traitement perceptif (e.g. un dessin de paon a été perçu comme une «coupe afro»). La patiente avait tendance à se saisir du matériel pour changer l'orientation des dessins présentés, accentuant les latences de dénomination déjà initialement longues (ces temps n'ont d'ailleurs pas été pris en compte lors de la cotation). La lecture et l'écriture n'ont pu être évaluées suffisamment pour conclure sur leur fonctionnement effectif cependant, des erreurs d'identification de mots lors de la phase d'encodage de l'épreuve du RL/RI-16 (Grober et al., 1988), posaient la question d'un trouble lexique. Comme indiqué précédemment la rédaction de la phrase du MMSE interrogeait les capacités graphiques.

Évaluation de la mémoire

La patiente ne présentait pas un score d'orientation temporelle optimal. Elle connaissait le jour et le mois mais se trompait d'un siècle en arrière dans l'année. En parallèle, ses capacités de mémoire rétrograde paraissaient fragilisées ; la chronologie de son arbre généalogique était correcte mais nécessitait des indices pour dater les événements, ce qui se retrouvait également lors de l'évaluation des souvenirs sémantico-didactiques (gouvernants, actualités, dates historiques...). En mémoire de travail, ses performances étaient déficitaires sur l'épreuve des empans chiffrés verbaux. Toutes ces difficultés n'étaient pourtant pas nécessairement d'ordre mnésique et pouvaient également correspondre à des déficits attentionnels, exécutifs ou encore phasiques.

L'épreuve de référence en mémoire épisodique verbale (RL/RI-16) n'a pu être réalisée entièrement, en raison des difficultés d'identification de mots lors de la phase d'encodage, évoquées précédemment. À titre qualitatif et pour tenter de réduire le biais sémantique à minima (mobilisation de la modalité verbale sans nécessité de lecture), une épreuve simple,

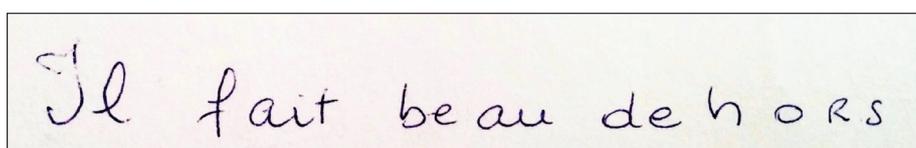


Figure 1. Exemple de production écrite de Madame K.

courte, de passation habituellement rapide, étalonnée sur une population multiculturelle ayant un faible niveau socio-culturel, a été proposée: le Test des Neuf Images du 93 (TNI93) (Dessi et al., 2009). Aucune erreur d'identification n'a été observée lors de la phase d'encodage implicite, constituée de 9 dessins au trait, toutefois, tout comme pour l'épreuve de dénomination, la patiente a été autorisée à manipuler les planches lors de l'identification. Seule une latence particulièrement importante (supérieure à 45 secondes) était notée pour dénommer les images proposées, renvoyant à la question de probables troubles instrumentaux (phasiques *versus* visuo-perceptifs). Le rappel immédiat indicé a nécessité deux essais pour récupérer l'ensemble des items. Le rappel différé était effondré (un seul item récupéré avec une intrusion) et l'indiçage ne permettait de récupérer que cinq items supplémentaires avec une nouvelle intrusion et une persévération. Il semblait raisonnable de s'interroger sur des fragilités d'encodage et de consolidation des informations nouvelles à long terme, au-delà de l'intrication des difficultés instrumentales précédemment évoquées. Cependant, cette évaluation ne permettait pas de caractériser le fonctionnement mnésique plus précisément en termes de processus.

Évaluation des fonctions exécutives et attentionnelles

L'ensemble des épreuves et l'observation clinique restaient dépendants du ralentissement idéomoteur massif. De fait, afin de réduire les situations de mise en échec, déjà nombreuses, aucune épreuve limitée en temps n'a été proposée au cours de cette rencontre.

Les décrochages attentionnels étaient fréquents et s'associaient à une perplexité pouvant entraver certaines épreuves. Par exemple, lors d'une tâche de conceptualisation, les 7 premiers items ont été parfaitement réalisés mais, après la survenue d'une rupture attentionnelle lors d'un de ces moments d'hébéture, il n'a plus été possible d'achever le test.

Concernant les autres subtests proposés, des déficits de stratégie de recherche ont été observés ainsi que des difficultés exécutives concernant l'ensemble des épreuves mettant en jeu la motricité (e.g. subtests de la BREF (Dubois et al., 2000): programmation motrice, séquences motrices, Go/no Go, etc.). La patiente ne présentait pas de grasping mais de nombreux comportements d'utilisa-

tion. En effet, elle saisissait systématiquement les objets à sa portée, avec plus ou moins de facilité.

Évaluation des praxies

La réalisation de praxies symboliques était lente mais correcte, comme observé lors de la consultation gériatrique initiale. Par contre, la réalisation de praxies idéomotrices et réflexives était très largement déficitaire. En modalité verbomotrice (sur consignes) comme visuomotrice (sur imitation), Madame K. restait perplexe ou déformait les gestes, ne pouvant retrouver les schèmes moteurs des pantomimes. La batterie réduite de Mahieux-Laurent (Mahieux-Laurent et al., 2009) a été proposée et, comme lors de la réalisation des séquences motrices de la BREF, la patiente n'arrivait pas à réaliser les gestes. À plusieurs reprises, elle s'est saisie des mains de l'examineur, a intégré ses doigts aux siens (e.g. lors de la réalisation des anneaux) et/ou s'emparait aléatoirement des objets à sa disposition, en tâtonnant. L'éventualité d'une ataxie optique se posait fortement. En effet, il était également constaté que, aux consignes « Montrez-moi... » et « Prenez... », la patiente initiait correctement le geste mais échouait à s'emparer de l'objet (ou à le désigner). Elle se trompait de cible, tout en pouvant critiquer son erreur une fois l'objet en main.

Il est regrettable que nous n'ayons pu évaluer les praxies bucco-faciales et mélokinétiques cependant, nous avons observé, au cours de ce bilan, une agnosie digitale auto et hétéro-centrée. Devant ces difficultés et une indistinction de latéralisation gauche/droite, d'autres évaluations plus écologiques ont été proposées et de réelles difficultés de reconnaissance du schéma corporel ont été notées, évoquant une asomatognosie.

Évaluation du traitement visuo-perceptif et visuo-spatial

L'hypothèse de troubles visuo-perceptifs n'est apparue que tardivement au cours de cette consultation unique, comme cela est souvent le cas en pratique de terrain. La patiente ne présentait aucune plainte initiale de cet ordre et ses antécédents de diplopie bien que corrigés, tendaient à limiter la proposition d'épreuves purement visuelles.

Avec le matériel disponible dans le box de consultation (stylos, montre, verre, clés, couverts en plastiques, rouleau de ruban adhésif), des dénominations d'objets réels ont été proposées et ont

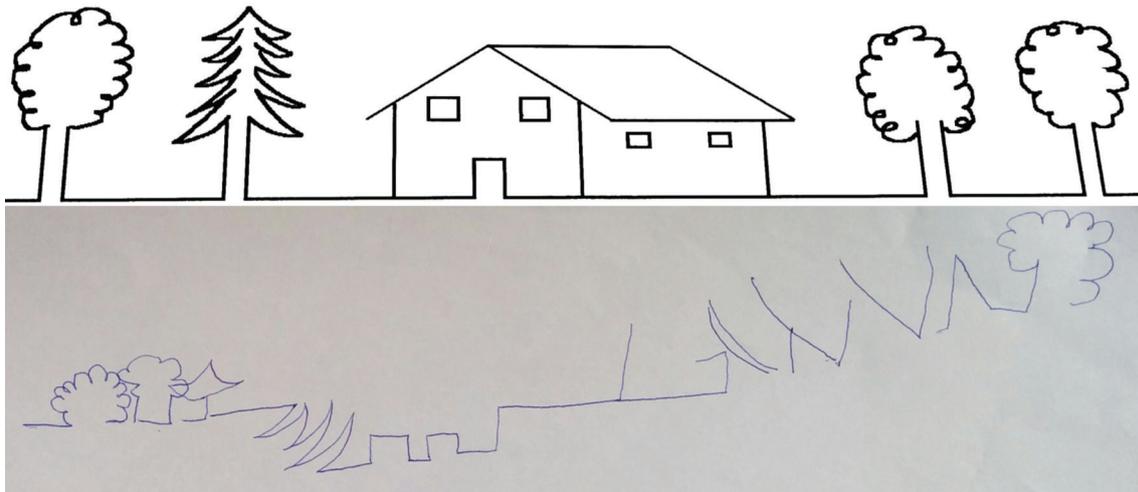


Figure 2. Modèle et exemple de dessin produit par Madame K.

obtenu des performances médiocres. Cependant, l'hypothèse d'une agnosie de transformation⁶ restait confrontée à celle d'un déficit plus phasique (quid de la compréhension ou d'une atteinte sémantique?).

Nous n'étions pas non plus en mesure de confirmer la présence d'une simultagnosie néanmoins la reproduction de figure géométrique simple observait la production d'un closing-in (accolement au modèle) auquel s'ajoutaient des erreurs de réalisation. Lorsqu'un dessin plus complexe lui a été proposé, l'évocation successive de détails (« Il y a un sapin..., le toit..., là la porte..., c'est une jolie maison entourée d'arbres ») permettait la reconnaissance de l'image mais la patiente s'est ensuite montrée dans l'incapacité de la reproduire. La copie du dessin tendait à être micrographique dès l'initiation du geste puis présentait des persévérations non critiquées.

L'ensemble des éléments rapportés dans ce cas interrogeait le fonctionnement du traitement visuo-perceptif et visuo-spatial, au-delà du trouble visuel initial. Sans avoir réellement eu l'opportunité d'évaluer ces compétences spécifiques, par la passation de la VOSP (Warrington et James, 1991) par exemple, de franches difficultés de reconnaissance étaient observées. L'identification de dessins au trait, la lecture de mots, la copie et l'écriture comportaient des erreurs visuelles. Les épisodes de désorientation topographique évoqués par la patiente interrogeaient les gnosies spatiales. Les objets réels, présentés dans une position non canonique

6. Échec de la construction d'une représentation indépendante du point de vue de l'observateur.

tendaient également à ne pas être reconnus. Tous ces éléments amenaient d'autres questions qui restaient tout autant en suspens. Quelle perception Madame K. avait-elle des couleurs? Présentait-elle une prosopagnosie? Une négligence visuelle, même partielle? De telles explorations nécessitaient néanmoins de préciser l'acuité visuelle en amont et de procéder à une évaluation campimétrique.

PHÉNOTYPE CLINIQUE OBSERVÉ

Au fil de l'évaluation, le profil global qui se dégageait chez Madame K. ne paraissait pas correspondre à ceux observés chez les patients présentant une MA typique. Les troubles mnésiques n'étaient pas au premier plan et l'ensemble des difficultés restaient très intriquées.

En parallèle nous observions des moments de perplexité intense durant lesquels la patiente apparaissait totalement perdue et hébétée sans qu'il ne soit possible d'en déterminer la causalité. Les capacités d'abstraction et de métacognition dont elle pouvait faire preuve dans son discours contrastaient avec l'hypothèse de troubles de la compréhension (et donc d'une atteinte d'ordre purement sémantique). Nous n'avions pas, non plus, assez d'éléments pour attribuer ses difficultés exclusivement à une agnosie de transformation. Si l'écriture et le calcul n'avaient pu être suffisamment évalués, nous retrouvions des éléments d'un syndrome de Gerstmann mais également du syndrome de Balint; une asomatognosie bilatérale (avec agnosie digitale, indistinction gauche/droite et autotopoagnosie⁷),

7. Autotopoagnosie: incapacité d'un sujet à désigner les parties de son corps

une ataxie optique et des signes de simultagnosie. De fait, ces éléments tendaient déjà à orienter le profil global vers une possible atteinte pariéto-occipitale bilatérale (Biotti et al., 2012).

Concernant les praxies, Madame K. présentait une incapacité de réalisation des pantomimes et des gestes réflexifs aussi bien au niveau du membre supérieur gauche que droit. Là encore, l'atteinte suggérait davantage une localisation pariétale, interrogeant également le degré d'intégrité du gyrus supramarginal et, possiblement, une extension de l'atteinte vers les régions frontales (du cortex moteur vers le pré-frontal), impliquées dans l'organisation et la programmation des praxies dynamiques.

En retraçant les données cliniques, l'ensemble des difficultés rapportées apparaissaient, a posteriori, concordantes avec le profil neuropsychologique observé. Si la patiente avait arrêté de conduire plus de 10 ans en amont, il restait notable qu'elle était à l'origine d'une demande de rééducation orthoptique 3 ans plus tôt et qu'elle semblait avoir vécu quelques errances ophtalmologiques (consultations très régulières, impressions de modifications de sa vue, changements de lunettes). La question de troubles vestibulaires (dont le système, complexe, a d'étroits liens avec le système visuel) se posait également au regard de sa plainte de vertiges, de « malaise vagal », associée aux paresthésies et à l'instabilité du regard, sans que cela soit suffisant pour expliquer l'ensemble du tableau.

Le profil cognitif, les troubles praxiques et la lenteur prégnante (qui ne pouvait être expliquée seulement à l'aune des troubles neurovisuels) nous a amené à penser à une pathologie de type DCB. Cependant, malgré la présence de signes dysexécutifs, nous n'observions que peu d'éléments d'allure frontale (comportement adapté, pas de désinhibition, pas de grasping, pas de syndrome de la main étrangère). Nous ne notions pas, non plus, au niveau moteur, de maladresse unilatéralisée, de dystonie, de rigidité, de trouble de la marche ou de chute motrice. La « paralysie psychique » – qui est une tendance à l'immobilité observable chez certains patients atteints de DCB – n'apparaissait pas non plus chez notre patiente. En effet, si la réalisation de certains gestes et de séquences motrices faisaient défaut, l'activation motrice restait possible. Par ailleurs, concernant le langage, si l'expression lente, le discours à tâtons ou la prosodie monotone pouvaient encore tendre vers des manifestations observées chez ces patients, le discours de Madame K. restait

articulé, tout à fait intelligible et son visage ne présentait pas d'amimie.

Tout en gardant ces éléments à l'esprit et après avoir écarté l'éventualité d'une étiologie psychiatrique caractérisée par un trouble de conversion particulièrement floride, restait alors l'hypothèse de se trouver devant un phénotype clinique d'ACP, défini par un profil atypique et une autonomie qui était, encore 3 mois auparavant, parfaitement préservée.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

L'IRM encéphalique réalisée le jour de la consultation neuropsychologique n'observait pas de signes francs de leucoaraiose en périventriculaire ou en substance blanche profonde et l'atrophie corticale en frontal, en temporal antérieur et postérieur était cotée à 1 bilatéralement selon Kipps. Il en allait de même concernant l'atrophie hippocampique, également cotée à 1 selon Scheltens. Par contre, une atrophie pariétale bilatérale et symétrique était déjà observée, cotée à 3 selon Barkhof (Kipps et al., 2007 ; Scheltens et al., 1992).

Devant les doutes persistants en réunion de concertation pluridisciplinaire (composée d'un neurologue, des médecins gériatres de la consultation et des psychologues spécialisés en neuropsychologie), une exploration TEMP a été proposée.

Elle observait une atteinte perfusionnelle cérébrale, notamment une hypoperfusion importante pariétale et temporale bilatérale à prédominance droite, intéressant également le lobe occipital mais respectant le lobe frontal.

L'ensemble de ces éléments au regard des connaissances actuelles de la recherche tendaient

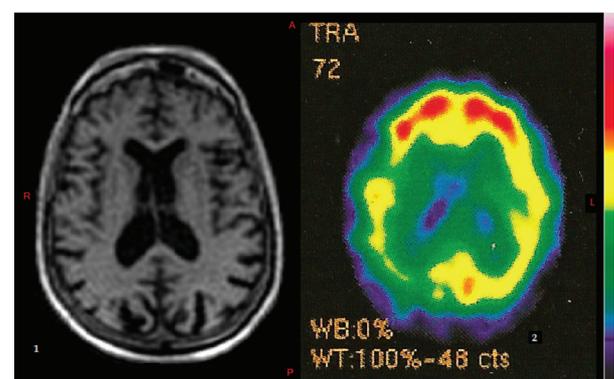


Figure 3. Imageries cérébrales de Madame K.

- 1 – Atrophie pariétale sur coupe IRM axiale ;
- 2 – Hypométabolisme temporo-occipital droit (TEMP).

Abréviations. A: Antérieur; P: Postérieur; R: Droit; L: Gauche

à confirmer un diagnostic d'ACP en dépit des troubles visuels antérieurs à l'apparition des signes inauguraux («ACP plus» selon le niveau 2 des critères de Crutch et al., 2017). Cette hypothèse n'exclut cependant pas l'évolution de la maladie vers une autre entité neurodégénérative de type MA ou DCB, notamment au vu de l'apparition de nouveaux symptômes et du développement particulièrement rapide et défavorable des troubles. Dans le cadre de son suivi, Madame K. est régulièrement revue en hôpital de jour par le médecin gériatre et par la psychologue spécialisée en neuropsychologie afin de refaire le point et d'adapter sa prise en soin en fonction de l'évolution de son profil.

CONCLUSION

Nous souhaitons, par la présentation de ce cas, illustrer les difficultés liées au déroulement de la démarche diagnostique, à compter de la rencontre initiale, en consultation mémoire. La complexité à reconnaître les premiers signes de la maladie pour les personnes atteintes d'ACP elles-mêmes – autant que pour le monde médical – entrave et retarde bien souvent le diagnostic. Il nous apparaissait intéressant de contribuer à une connaissance plus accrue des spécificités qui composent cette atteinte et à souligner l'importance à la fois du recueil d'informations cliniques et de l'évaluation neuropsychologique.

Bien que les troubles visuels complexes soient le plus souvent inauguraux des pathologies ACP, il n'est pas rare qu'ils soient associés à une apraxie gestuelle et à des troubles en mémoire de travail. La plainte des patients est généralement sous-estimée et peu explicite. Ils se plaignent de « mal voir », de maladresse, minimisent les difficultés en les liant à une fatigue ou à des difficultés attentionnelles. L'écoute clinique permet cependant de relever des particularités. Ils ne lisent plus puisqu'ils n'arrivent plus à suivre les lignes, ils ne retrouvent plus leur voiture sur un parking, évaluent mal la distance en se garant, ont failli rater la chaise en s'asseyant, se cognent souvent au chambranle de la porte... Autant de difficultés pouvant passer pour des erreurs d'inattention ou pour une distractibilité.

Dans le cadre de l'exploration de la plainte, qu'il s'agisse de l'évaluation initiale du suivi clinique, il est intéressant de se référer à l'échelle Q-ACP créée par Croisile et Mollion (2011). Elle permet d'explorer un large panel de symptômes observables dans



Nous souhaitons, par la présentation de ce cas, illustrer les difficultés liées au déroulement de la démarche diagnostique, à compter de la rencontre initiale, en consultation mémoire.



cette pathologie selon douze secteurs : des capacités visuelles aux déplacements dans l'espace, en passant par la conduite automobile ou encore l'utilisation d'objets. Les 32 questions proposées permettent d'explorer l'impact des troubles cognitifs postérieurs sur les activités de tous les jours.

Les patients présentant une ACP sont souvent jeunes et, malgré les troubles débutants, ils conservent une bonne autonomie relativement longtemps, les difficultés étant mises sur le compte d'une inattention ou d'une maladresse. De ce fait, ce diagnostic est rarement le premier évoqué, d'autant moins chez des patients présentant des atteintes visuelles anciennes. Les difficultés de ces patients peuvent, par exemple, être attribuées « uniquement » à un syndrome anxio-dépressif, comme il a pu être suggéré initialement pour Madame K., voire être considérées comme des simulations ou des signes d'allure hypocondriaques. Ceci est d'autant plus vrai que l'examen neurologique reste, dans la plupart des cas, sans particularité en début de maladie bien que Snowden et al. (2007) rapportent une fréquence de 41 % de signes extrapyramidaux, de 26 % de myoclonies digitales et de 26 % de grasping chez les patients présentant une ACP en comparaison aux patients diagnostiqués MA.

Ce n'est donc que l'évolution de la maladie qui met en évidence la progression du déclin d'allure postérieure. Les gestes du quotidien sont compliqués par les apraxies gestuelles et les troubles du schéma corporel jusqu'à être impossibles à réaliser en autonomie. L'identification et la préhension des objets présentent de plus en plus d'erreurs et de maladresses, des troubles du calcul et des troubles phasiques s'installent. Les symptômes cliniques s'accroissent progressivement, suivant le fil de l'atteinte des fonctions cognitives sous-tendues par les régions postérieures, occipitales, pariétales puis temporales.

La rareté de cette atteinte, qu'elle soit la conséquence d'une sous-estimation du diagnostic, d'un manque de sensibilisation des professionnels de santé ou de la rareté de sa fréquence d'apparition, pose également la question de l'offre de soin pro-

posée. En effet, il ne serait pas surprenant de se trouver démunis, en tant que professionnels, une fois le diagnostic posé.

À ce jour, il n'existe pas de traitement curatif spécifique à l'ACP. Cependant, étant donné que la MA est l'étiologie la plus fréquente de cette atteinte, les chercheurs s'accordent à considérer comme adapté de proposer des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase à ces patients qui bénéficieraient également d'un traitement antidépresseur, notamment au vu de la dynamique psychique inhérente à la prise de conscience des troubles (Crutch et al., 2012). Au-delà de cette prise en charge pharmacologique, il apparaît important de se concentrer sur les traitements symptomatiques.

Les psychologues spécialisés en neuropsychologie ont toute leur place dans les prises en soin non-médicamenteuses bien qu'ils communiquent et publient encore peu. Le développement des approches centrées sur la personne, par exemple, est particulièrement d'actualité dans ce cadre. Meilleure connaissance de la maladie et de ses manifestations, prise en compte des émotions souvent négligées, amélioration des symptômes comportementaux, sont autant de domaines à développer.

Si peu d'études ont été réalisées, elles s'accordent sur le bénéfice de certaines thérapeutiques. Citons par exemple l'intérêt de séances :

- de kinésithérapie pour maintenir et/ou améliorer la force musculaire et renforcer la posture et l'équilibre ;

- d'orthophonie pour travailler la parole et compenser les troubles phasiques ;
- d'ergothérapie, permettant d'adapter le logement et de trouver des stratégies pour pallier aux difficultés ;
- et de suivis psychologiques, pour apporter soutien et éducation pédagogique aux patients et à leurs proches, affectés également (Videaud et al., 2012 ; Weill-Chounlamounry et al., 2012).

Enfin, la mise en relation avec des services sociaux et des structures médico-sociales ciblées, telles que les CLIC (Coordination Locale d'Information et de Coordination) ou les dispositifs MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins) permet aux patients de s'insérer dans un réseau médical, sanitaire et social et d'obtenir, notamment, des informations sur les aides sociales et financières dont ils peuvent bénéficier ou encore sur les structures d'accueil existantes.

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à remercier le Dr Jérôme Blin, neurologue à la Clinique de La Mémoire, le Dr Philippe Charru, chef de service de gériatrie de l'hôpital Louis Mourier ainsi que l'ensemble des médecins et des psychologues, spécialisés en neuropsychologie ou non, participant à enrichir les RCP.

Références

- Arighi, A., Rango, M., Bozzali, M., Pietroboni, A. M., Fumagalli, G., Ghezzi, L., Fenoglio, C., Biondetti, P. R., Bresolin, N., Galimberti, D. et Scarpini, E. (2015). Usefulness of multi-parametric MRI for the investigation of posterior cortical atrophy. *PLoS one*, 10(10), e0140639. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140639>
- Benson, D. F., Davis, R. J. et Snyder, B. D. (1988). Posterior cortical atrophy. *Archives of Neurology*, 45(7), 789-793.
- Biotti, D., Pisella, L. et Vighetto, A. (2012). Syndrome de Balint et fonctions spatiales du lobe pariétal. *Revue Neurologique*, 168(10), 741-753.
- Carrasquillo, M. M., Barber, I., Lincoln, S. J., Murray, M. E., Camsari, G. B., Nguyen, T., Ma, L., Bisceglia, G. D., Crook, J. E., Younkin, S. G., Dickson, D. W., Boeve, B. F., Graff-Radford, N. R., Morgan, K et Ertekin-Taner, N. (2016). Evaluating pathogenic dementia variants in posterior cortical atrophy. *Neurobiology of Aging*, 37, 38-44.
- Croisile, B. et Mollion, H. (2011). Q-ACP : un questionnaire d'évaluation des plaintes visuelles et gestuelles des patients ayant une atrophie corticale postérieure. *Revue Neurologique*, 167(6-7), 485-494.
- Crutch, S., Lehmann, M., Schott, J., Rabinovici, G., Rossor, M. et Fox, N. (2012). Posterior Cortical Atrophy. *The Lancet Neurology*, 11, 170-178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740271/>
- Crutch, S. J., Schott, J. M., Rabinovici, G. D., Murray, M., Snowden, J. S., van der Flier, W. M., Dickerson, B. C., Vandenberghe, R., Ahmed, S., Bak, T. H., Boeve, B. F., Butler, C., Cappa, S. F., Ceccaldi, M., de Souza, L. C.,

- Dubois, B., Felician, O., Galasko, D., Graff-Radford, J., ... Alzheimer's Association ISTAART Atypical Alzheimer's Disease and Associated Syndromes Professional Interest Area (2017). Consensus classification of posterior cortical atrophy. *Alzheimer's & Dementia*, 13(8), 870-884.
- Dessi, F., Maillet, D., Metivet, E., Michault, A., Le Clésiau, H., Ergis, A.-M. et Belin, C. (2009). Évaluation des capacités de mémoire épisodique de sujets âgés illettrés. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillessement*, 7(4), 287-296.
- De Souza, L. C., Corlier, F., Habert, M. O., Uspenskaya, O., Maroy, R., Lamari, F., Chupin, M., Lehéricy, S., Colliot, O., Hahn-Barma, V., Samri, D., Dubois, B., Bottlaender, M. et Sarazin, M. (2011). Similar amyloid- β burden in posterior cortical atrophy and Alzheimer's disease. *Brain*, 134(7), 2036-2043.
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I. et Pillon, B. (2000). The FAB: a frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55(11), 1621-1626.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Grober, E., Buschke, H., Crystal, H., Bang, S. et Dresner, R. (1988). Screening for dementia by memory testing. *Neurology*, 38(6), 900-900.
- Hugonot-Diener, L. (2001). *Guide pratique de la consultation en gériatrie*. Elsevier Masson.
- Kas, A., Cruz de Souza, L., Samri, D., Bartolomeo, P., Lacomblez, L., Kalafat, M., Migliaccio, R., Thiebaut de Schotten, M., Cohen, L., Dubois, B., Habert, M. O. et Sarazin, M. (2011). Neural correlates of cognitive impairment in posterior cortical atrophy. *Brain*, 134(5), 1464-1478. <https://doi.org/10.1093/brain/awr055>
- Kipps, C. M., Davies, R. R., Mitchell, J., Kril, J. J., Halliday, G. M. et Hodges, J. R. (2007). Clinical significance of lobar atrophy in frontotemporal dementia: application of an MRI visual rating scale. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 23(5), 334-342.
- Lehmann, M., Barnes, J., Ridgway, G. R., Wattam-Bell, J., Weill-Chounlamountry, E. K., Fox, N. C. et Crutch, S. J. (2011). Basic visual function and cortical thickness patterns in posterior cortical atrophy. *Cerebral Cortex*, 21(9), 2122-2132.
- Mahieux-Laurent, F., Fabre, C., Galbrun, E., Dubrulle, A. et Moroni, C. (2009). Validation of a brief screening scale evaluating praxic abilities for use in memory clinics. Evaluation in 419 controls, 127 mild cognitive impairment and 320 demented patients. *Revue Neurologique*, 165(6-7), 560-567.
- McMonagle, P., Deering, F., Berliner, Y. et Kertesz, A. (2006). The cognitive profile of posterior cortical atrophy. *Neurology*, 66(3), 331-338.
- Scheltens, P. H., Leys, D., Barkhof, F., Huglo, D., Weinstein, H. C., Vermersch, P., Kuiper, M., Steinling, M., Wolters, E. C. et Valk, J. (1992). Atrophy of medial temporal lobes on MRI in "probable" Alzheimer's disease and normal ageing: diagnostic value and neuropsychological correlates. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 55(10), 967-972.
- Snowden, J. S., Stopford, C. L., Julien, C. L., Thompson, J. C., Davidson, Y., Gibbons, L., Pritchard, A., Lendon, C. L., Richardson, A. M., Varma, A., Neary, D. et Mann, D. (2007). Cognitive phenotypes in Alzheimer's disease and genetic risk. *Cortex*, 43(7), 835-845.
- Tang-Wai, D. F., Graff-Radford, N. R., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Parisi, J. E., Crook, R., Caselli, R. J., Knopman, D. S. et Petersen, R. C. (2004). Clinical, genetic, and neuropathologic characteristics of posterior cortical atrophy. *Neurology*, 63(7), 1168-1174.
- Videaud, H., Torny, F., Cartz-Piver, L., Deschamps-Vergara, N. et Couratier, P. (2012). Prise en charge non médicamenteuse de l'atrophie corticale postérieure: expérience préliminaire d'un programme psychoéducatif. *Revue Neurologique*, 168(11), 861-867.
- Warrington, E. K. et James, M. (1991). *The Visual Object and Space Perception Battery*. Thames Valley Test Company.
- Weill-Chounlamountry, A., Poncet, F., Crop, S., Hesly, N., Mouton, A., Samri, D., Sarazin, M. et Pradat-Diehl, P. (2012). Physical medicine and rehabilitation multidisciplinary approach in a case of posterior cortical atrophy. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(6), 430-439.
- Whitwell, J. L., Jack Jr, C. R., Kantarci, K., Weigand, S. D., Boeve, B. F., Knopman, D. S., Drubach, D. A., Tang-Wai, D. F., Petersen, R. C. et Josephs, K. A. (2007). Imaging correlates of posterior cortical atrophy. *Neurobiology of Aging*, 28(7), 1051-1061.

WoMeMoRe : Développement d'une intervention cognitivo-motrice innovante auprès des patients présentant une lésion cérébrale acquise en phases aiguë et post-aiguë. Illustration avec une étude de cas

Signe ANDERSEN

Psychologue spécialisée en Neuropsychologie,
Unité de Soins aux Cérébrolésés Lourds,
Service de Médecine Physique et
Réadaptation, CHU Nice l'Archet / CHM
Vallauris UGECAM.

Vicente CASTRO-YEGUAS

Kinésithérapeute, Unité de Soins aux
Cérébrolésés Lourds, Service de Médecine
Physique et Réadaptation, CHU Nice
Archet 1 / CHM Vallauris UGECAM.

Robert MORELLI

Kinésithérapeute, Unité de Soins
aux Cérébrolésés Lourds, Service de Médecine
Physique et Réadaptation, CHU Nice Archet 1 /
CHM Vallauris UGECAM.

Ivanna GUADALUPE MANNO

Infirmière, Service de Chirurgie Cardiaque et
Soins Intensifs Cardio, Institut Arnault Tzanck.

Jean Michel FORNARI

Médecin MPR, Unité de Soins aux
Cérébrolésés Lourds, Service de Médecine
Physique et Réadaptation, CHU Nice Archet 1.

Manuella FOURNIER-MEHOUS

Médecin MPR, Service de Médecine Physique
et Réadaptation,
CHU Nice Archet 1.

Ikram TIDAFI-BAYOU

Neurologue, Unité Neurovasculaire, Centre
Hospitalier de Cannes.

Contact

Signe ANDERSEN

andersen.s@chu-nice.fr

Unité de Soins aux Cérébrolésés Lourds, CHU Nice l'Archet, CS 23079,
06202 Nice Cedex 3

Mots-clés

- Lésion cérébrale acquise
- Réhabilitation
- Mémoire de travail
- Équilibre
- Pluridisciplinarité

Conflits d'intérêts

Les autrices et auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Andersen, S., Castro-Yeguas, V., Morelli, R., Guadalupe Mannon, I., Fornari, J.-M., Fournier-Mehouas, M. et Tidafi-Bayou, I. (2020). WoMeMoRe : Développement d'une intervention cognitivo-motrice innovante auprès des patients présentant une lésion cérébrale acquise en phases aiguë et post-aiguë. Illustration avec une étude de cas. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 37-46.

Résumé

En présence simultanée de déficits cognitifs et moteurs suite à une lésion cérébrale acquise, le patient peut se trouver en double difficulté car la mémoire de travail et l'attention sont impliquées lors des premières phases de ré-apprentissage moteur en réhabilitation. Ainsi, nous avons développé une intervention cognitivo-motrice pluri-disciplinaire nommée WoMeMoRe (Working Memory Motor Rehabilitation) en nous appuyant sur nos compétences respectives en tant que neuropsychologue et kinésithérapeute. L'intervention permet de stimuler les mémoires de travail spatiales et kinesthésiques tout en faisant un travail moteur au lit, assis ou en déplacement en phases aiguë et post-aiguë.

Nous présentons une étude de cas pour illustrer l'intervention. Le patient montre une bonne adhésion aux exercices malgré des troubles cognitifs et comportementaux sévères. Au fur et à mesure des séances, nous pouvons lui présenter des exercices d'un niveau de difficulté de plus en plus élevé. Une évaluation pré- et post-intervention est réalisée. Ses capacités de mémoire de travail spatiale et kinesthésique, d'attention visuelle et d'équilibre ont progressé à l'évaluation post-intervention alors que ses capacités de mémoire de travail auditivo-verbale sont restées relativement stables. Il serait important de mesurer l'efficacité et la répercussion fonctionnelle de cette prise en charge par la réalisation d'une étude scientifique.

PLURIDISCIPLINARITÉ EN NEURO-RÉHABILITATION

Une personne atteinte par une lésion cérébrale acquise (LCA) rencontre plusieurs intervenants dans son parcours de réhabilitation. Les pratiques professionnelles définissent souvent l'objet de leur intervention auprès du patient alors que les interactions entre les différentes fonctions du cerveau se font en permanence. La présence d'un déficit moteur dans les suites d'une atteinte cérébrale oblige souvent la personne à démarrer un ré-apprentissage moteur. Lors des premières phases de la réhabilitation motrice, l'approche va être en grande partie explicite, nécessitant l'implication des fonctions cognitives comme l'attention et la mémoire de travail. Le neuropsychologue clinicien, dans sa pratique professionnelle, prend très peu en compte les capacités d'apprentissage moteur et le kinésithérapeute est peu sensibilisé à l'impact des troubles cognitifs sur la rééducation motrice. Ainsi, nous avons trouvé intéressant de développer une intervention cognitivo-motrice en binôme comprenant un neuropsychologue et un kinésithérapeute.



Nous avons trouvé intéressant de développer une intervention cognitivo-motrice en binôme comprenant un neuropsychologue et un kinésithérapeute.



IMPLICATION DES FONCTIONS COGNITIVES EN RÉÉDUCATION MOTRICE

Des travaux ont mis en avant le rôle de la mémoire de travail lors de l'apprentissage moteur explicite impliquant notamment les modalités spatiales et kinesthésiques (Anguera et al., 2010, 2011 ; Bo et al., 2009 ; Chan et al., 2015 ; Malouin et al., 2004 ; Seidler et al., 2012). Le terme « explicite » indique dans ce contexte l'utilisation des connaissances et des représentations mentales accessibles consciemment pour guider la performance motrice ou l'acquisition d'une nouvelle tâche motrice (Jongbloed-Pereboom et al., 2012).

La mémoire de travail spatiale joue un rôle dans au moins deux types d'apprentissage moteur explicite : l'adaptation visuo-motrice (Anguera et al.,

2010) et l'apprentissage d'une nouvelle séquence motrice (Seidler et al., 2012). L'adaptation visuo-motrice permet d'ajuster les mouvements en fonction des messages sensoriels et moteurs reçus. Par exemple, lors de la conduite d'une nouvelle voiture, nous devons ajuster nos mouvements à la pression des pédales et à la force nécessaire pour tourner le volant. Chaque voiture possède ses propres caractéristiques et une adaptation visuo-motrice est nécessaire. En cas d'atteinte motrice après une lésion cérébrale, les repères peuvent avoir changé et l'interaction motrice avec l'environnement doit être adaptée. Il a été démontré qu'un déclin de la mémoire de travail spatiale impacte cette capacité d'adaptation (Anguera et al., 2011).

La mémoire de travail spatiale est également impliquée lors de l'apprentissage de gestes composés de plusieurs éléments. Par exemple, lorsque nous réalisons un service au tennis, le geste nécessite plusieurs étapes (Seidler et al., 2012). Dans le cadre de la réhabilitation, cette capacité intervient par exemple lors de l'apprentissage des différentes étapes nécessaires pour faire le transfert d'un lit vers un fauteuil. Il a été démontré qu'un déclin de la mémoire de travail spatiale est corrélé avec une diminution de la capacité à apprendre de nouvelles séquences (Bo et al., 2009) et inversement, un travail d'entraînement de la modalité spatiale permet de faciliter l'apprentissage (Chan et al., 2015).

De nombreuses études ont permis de comprendre le fonctionnement de la mémoire de travail spatiale alors que la modalité kinesthésique reste peu développée. Baddeley inclut la modalité kinesthésique dans un modèle révisé de la mémoire de travail de 2011 tout en insistant sur la nécessité de développer davantage nos connaissances sur son fonctionnement (Baddeley et al., 2011 ; Baddeley, 2012). Malgré le peu de littérature existante, il nous a semblé important de s'y intéresser car elle permet de maintenir et de traiter en mémoire à court terme une représentation motrice. Elle peut servir comme guide lors d'une reproduction sur imitation ou d'un rappel ultérieur dans le cadre d'un nouvel apprentissage moteur (Caroll et Bandura, 1987). Après avoir mis en avant la dissociation entre la modalité spatiale et kinesthésique déjà dans les années 80-90 (Smyth et Pendleton, 1989), Smyth et Pendleton (1994) ont étudié l'empan de la mémoire de travail kinesthésique respectivement chez des danseurs de ballet de haut niveau et des sujets non-danseurs. Les danseurs peuvent être considé-

rés comme des experts de l'apprentissage moteur explicite car ils apprennent constamment de nouvelles chorégraphies. Conformément à ces attentes, cette étude a permis de démontrer que les danseurs experts présentent effectivement des empan plus élevés comparativement aux novices. Plus récemment, des équipes commencent à inclure cette modalité dans leur recherche comme l'équipe de Malouin (Malouin et al., 2004). Ils travaillent sur l'imagerie motrice comme une approche thérapeutique pour les patients présentant une LCA ainsi que le lien entre la capacité d'imagerie motrice et les mémoires de travail spatiale et kinesthésique. L'imagerie motrice est la capacité à pouvoir imaginer une action sans son exécution physique. Cette représentation mentale est réalisée au sein de la mémoire de travail kinesthésique.

INTÉRÊT CLINIQUE D'UNE INTERVENTION COGNITIVO-MOTRICE

La capacité à maintenir en mémoire à court terme et à traiter une représentation mentale spatiale et/ou motrice semble importante pour accéder au ré-apprentissage moteur après une lésion cérébrale engendrant simultanément des troubles moteurs et cognitifs.

À notre connaissance, une prise en charge de la mémoire de travail spatiale et kinesthésique est peu répandue dans les pratiques actuelles des neuropsychologues et kinésithérapeutes.

Une stimulation de la mémoire de travail spatiale et kinesthésique peut également avoir un impact positif sur les capacités attentionnelles. Baddeley conçoit l'attention et la mémoire de travail comme deux concepts étroitement liés (Baddeley et Hitch, 2017). Il décrit leur relation comme bidirectionnelle. La mémoire de travail peut guider la sélection attentionnelle des stimuli (Hu et al., 2011). Inversement, l'objet capturé par l'attention, par des mécanismes automatiques ou de contrôle top-down, a plus de chance d'être maintenu en mémoire de travail (Schmidt *al.*, 2002). Dans le cadre de la réhabilitation cognitive, des travaux ont démontré une amélioration des capacités attentionnelles suite à une stimulation de la mémoire de travail (Spencer-Smith et Klingberg, 2015). Au regard de l'implication de l'attention aussi lors du contrôle postural et de l'équilibre (Uiga et al., 2018), nous trouvons un argument supplémentaire pour développer une intervention cognitivo-motrice plu-

ridisciplinaire axée sur la mémoire de travail spatiale et kinesthésique.

Enfin, une considération clinique a également motivé notre travail pluridisciplinaire. Nous travaillons dans un service de rééducation neurologique précoce accueillant des patients présentant des troubles cognitifs et moteurs graves. La réhabilitation cognitive est souvent difficile à mener en raison d'un seuil de frustration bas, une agitation motrice et une fatigabilité mentale, fréquemment observés chez nos patients. Par ailleurs, le patient n'a pas toujours conscience de ses difficultés cognitives. Les troubles moteurs sont souvent plus perceptibles pour le patient contrairement aux difficultés cognitives qui constituent un handicap invisible. Cela pose alors la question de l'adhésion du patient au projet thérapeutique. L'utilisation d'un support moteur pour travailler les fonctions cognitives peut être un facteur motivationnel.

Nous avons ainsi créé une intervention innovante de stimulation de la mémoire de travail spatiale et kinesthésique, nommée « Working Memory Motor Rehabilitation » (WoMeMore). Celle-ci s'intègre dans un travail moteur et s'adapte aux patients présentant des troubles cognitifs et moteurs dans les phases aiguë et post-aiguë.

DÉVELOPPEMENT D'UNE INTERVENTION PLURI-DISCIPLINAIRE

La complexité du fonctionnement cérébral de l'humain nous a mené à travailler en pluridisciplinarité malgré nos approches professionnelles différentes. Néanmoins, en pratique, ce travail implique plusieurs démarches importantes comme mentionné par Sanson (2006). Il est important de connaître suffisamment bien comment fonctionne et ce que propose l'autre professionnel, réfléchir aux meilleures façons de s'articuler dans l'intérêt du patient, tout en veillant à ce que chacun soit à sa place.

Avant la création de cette intervention, nous avons réalisé une séance hebdomadaire en binôme avec un patient pendant un an pour se familiariser avec la pratique de l'autre et échanger sur les apports de chacun dans un travail pluridisciplinaire.

Lors de cette étude de cas, la neuropsychologue réalise l'évaluation de la mémoire de travail kinesthésique et spatiale ainsi qu'une supervision hebdomadaire avec le kinésithérapeute pour la partie mémoire de travail de l'intervention. Les séances

thérapeutiques avec le patient sont réalisées par le kinésithérapeute. En pratique clinique courante, les exercices peuvent également être réalisés par le neuropsychologue mais ils seront moins adaptés aux capacités motrices du patient. Dans ce cas, il faudrait une supervision de la part du kinésithérapeute. Cette intervention implique nécessairement les compétences des deux professionnels : le neuropsychologue et le kinésithérapeute.

INTERVENTION WOMEMORE

Le WoMeMore consiste en des exercices activant simultanément les fonctions cognitives (la mémoire de travail spatiale et kinesthésique) et des aspects moteurs (transferts, mobilisation ou auto-mobilisation articulaire, tonus postural, coordination motrice, équilibre, marche, proprioception, contrôle postural...). La stimulation cognitive est axée sur les processus précis décrits alors que l'approche motrice est plus globale. Ainsi, les exercices peuvent être réalisés dans différentes postures. Le patient peut être statique ou en mouvement. Cela permet de s'adapter aux capacités du patient et aux contraintes médicales en lien avec la phase aiguë. Par exemple, le patient fatigable ou avec des contre-indications orthopédiques peut rester assis dans son lit alors que le patient présentant une agitation psychomotrice peut faire les exercices en se déplaçant.

Nous avons développé un large panel d'exercices adaptés (voir figure 1 pour des illustrations). Par exemple, pour stimuler la mémoire de travail spatiale, le patient est invité à réaliser différents trajets entre des objets localisés dans l'espace. Ces objets peuvent être placés sur une table à des distances différentes pour solliciter le tonus postural assis, la coordination bimanuelle et le contrôle postural. Les objets peuvent également être placés par terre dans un périmètre proche du patient pour travailler simultanément l'équilibre debout, la coordination motrice, le contrôle postural et la proprioception. Enfin, des trajets peuvent être proposés dans un espace tridimensionnel plus lointain obligeant le patient à se déplacer, permettant de réaliser la rééducation/réadaptation de la marche et renforcer le déplacement en sécurité.



Le WoMeMore consiste en des exercices activant simultanément les fonctions cognitives et des aspects moteurs.



La même logique s'applique pour le développement des exercices ciblant la mémoire de travail kinesthésique. Cette fois-ci, le patient est amené à réaliser différentes séquences motrices. Elles peuvent être manuelles ou inclure plusieurs parties du corps, voire le corps entier et réalisées avec ou sans objet.

Dans la partie cognitive, des principes de stimulation de la mémoire de travail utilisés dans des programmes de réhabilitation déjà validés, sont appliqués (Cicerone et al., 2011 ; Elliott et Parente, 2014) : niveau de difficulté adapté aux capacités du patient et fréquence de stimulation élevée.

Deux paramètres permettent d'augmenter ou de baisser le niveau de difficulté pour qu'il soit constamment adapté aux capacités du patient : la quantité d'informations à retenir et la durée de rétention (le temps entre la démonstration et la reproduction). Leurs empan de mémoire de travail spatiale et kinesthésique sont évalués avant la stimulation. Les exercices partent du nombre d'éléments qu'ils peuvent retenir. Après trois réussites consécutives à un niveau, un élément supplémentaire est ajouté. Après deux échecs consécutifs, un niveau plus bas est proposé. Les patients doivent restituer les éléments à l'endroit dans un premier temps et par la suite à l'envers. Nous pouvons également moduler la durée de rétention : immédiat, à 2, 4 ou 6 secondes.

ÉTUDE DE CAS: T.O.

Nous avons proposé l'intervention aux patients de notre service qui présentent une lésion cérébrale

d'étiologie traumatique ou vasculaire, en phases aiguë ou post-aiguë, des troubles moteurs et des déficits de la mémoire de travail spatiale et/ou kinesthésique. Nous présentons ici une étude de cas.

Les séances sont réalisées au CHU de Nice, Hôpital de l'Archet, dans le service « Unité des Soins aux Cérébro-lésés Lourds (USCL) ». Les patients accueillis sortent de la réanimation ou des soins intensifs en phase aiguë. La durée d'hospitalisation est entre quelques semaines et plusieurs mois.

SÉANCES DE L'INTERVENTION

L'intervention thérapeutique a duré 4 semaines avec 4 séances de 30 minutes par semaine, au total 16 séances (8 heures). Pendant la durée de l'intervention, le patient a continué à recevoir les soins courants du service dont environ 4 séances de rééducation motrice, 2 séances d'orthophonie et 3 séances d'ergothérapie par semaine.

Pour l'étude de cas, nous avons sélectionné les exercices suivants pour chaque modalité, permettant de stimuler la mémoire de travail d'une façon variée (voir figure 1 pour des exemples).

Pour la mémoire de travail spatiale : trajets entre des cônes étant assis et des formes géométriques (cercle ou croix) par terre en station debout ou sur la table étant assis. Les supports sont de la même couleur et forme pour éviter une verbalisation des éléments à retenir.

Pour la mémoire de travail kinesthésique : séquences motrices avec les deux membres supérieurs étant assis, séquences motrices avec un



Figure 1. Illustrations des exercices

ballon touchant différentes parties du corps ainsi qu'un enchaînement de différentes postures du corps en station debout.

ÉVALUATIONS NEUROPSYCHOLOGIQUES ET PHYSIQUES

Nous avons procédé à l'administration d'une batterie de tests avant et après la stimulation dans le but de : 1) objectiver le fonctionnement cognitif général, le niveau d'équilibre ainsi que les capacités de mémoire de travail spatiale et kinesthésique avant la stimulation ; 2) explorer l'évolution des capacités cognitives et motrices après la stimulation.

Le taux de participation aux séances est également noté pour avoir un indicateur de l'adhésion.

Les évaluations ont été réalisées dans la semaine avant et après la stimulation. Nous avons choisi des batteries relativement courtes afin de pouvoir nous adapter à la fatigabilité et au niveau cognitif des patients en phase aiguë et post-aiguë.

La mémoire de travail ciblée par l'intervention est évaluée par l'épreuve de Mémoire Spatiale de l'échelle clinique de mémoire MEM III (Wechsler, 1997) pour la modalité spatiale et par celle de Séquences motrices manuelles pour la modalité kinesthésique (Korkman *al.*, 2012). Lors du test de Mémoire Spatiale, le patient doit se rappeler et reproduire immédiatement un trajet de cubes désigné par l'examineur, d'abord dans l'ordre et par la suite dans le sens inverse. Le test de Séquence Motrice Manuelles propose des séquences de gestes manuels de 2 à 4 éléments à réaliser en reproduction immédiate.

Le test de Mémoire de Chiffres (Wechsler, 1997) est inclus comme mesure de la mémoire de travail auditivo-verbale afin de comparer son évolution avec les modalités ciblées par l'intervention. Enfin, le test MOCA (Nasreddine *et al.*, 2005) permet d'objectiver l'efficacité cognitive globale du patient. Sa courte passation le rend accessible à des patients pour lesquels un bilan neuropsychologique complet est rarement possible à cause de la fatigabilité mentale et l'ampleur des troubles cognitifs. Le cut-off score pour un déficit cognitif léger est en dessous 26 alors que pour un déficit modéré à sévère, il est admis à 20-22 (Pendlebury *et al.*, 2015).

Trois épreuves neuropsychologiques complètent l'évaluation dans le but de mesurer l'évolution de l'attention visuelle et les fonctions exécutives : D2

(Brickenkamp, 1962), Cloches (Rousseaux *et al.*, 2001) et TMT A et B (Tombaugh, 2004).

Pour la mesure de la mémoire de travail kinesthésique, nous n'avons trouvé aucune référence normative pour l'adulte à notre disposition. Ainsi, une épreuve développée pour les enfants, Séquences motrices manuelles de la batterie NEPSY II, est proposée. Plusieurs études ont également fait recours à des tests pédiatriques dans ce domaine auprès des personnes atteintes par une LCA (Fox *et Fox*, 2001). Les notes brutes totales ainsi que le nombre d'empans sont mesurés. Selon la littérature, la moyenne d'empans pour un adulte lors d'une tâche de rétention simple à court terme d'une séquence manuelle se trouve entre 3,6 et 5 en fonction de l'étude (Fox *et Fox*, 2001 ; Samman *et al.*, 2005).

L'équilibre est mesuré par l'échelle d'équilibre de Berg (Berg *et al.*, 1992). Il fournit une évaluation quantitative de l'équilibre. Chaque item contient des actes moteurs réalisés fréquemment dans la vie quotidienne. Généralement, il est admis que des troubles de l'équilibre sont présents à partir d'un score inférieur à 45 points. Le score maximal est de 56 points.

Enfin, le niveau de l'adhérence a été défini comme le pourcentage de séances auxquelles le patient a participé.

PATIENT T.O.

Le patient T.O., 64 ans, de sexe masculin, droitier, a été victime d'une chute de 3 mètres ayant entraîné un traumatisme crânien grave avec des hématomes dans les régions basi-frontales bilatérales, temporale gauche et au niveau du cervelet postérieur droit. Il a été hospitalisé dans notre unité de réhabilitation 1 mois et demi après son accident. Il était autonome et menait une activité professionnelle d'électricien (CAP en électricité) en auto-entrepreneur pour compléter sa retraite. Aucun antécédent n'a été noté. Il a participé à l'intervention 5 mois après son accident. À ce moment, son état médical était stable. Il suivait un traitement neuroleptique durant toute la période de stimulation à cause des troubles du comportement survenus après l'accident.

À l'évaluation pré-intervention, son efficacité cognitive générale se trouve dans la partie pathologique indiquant des troubles cognitifs sévères avec un score total de MOCA à 13 (voir tableau 1 pour

un récapitulatif de tous les scores aux évaluations pré- et post-intervention). Ses troubles se situent principalement au niveau des fonctions exécutives (sur le versant cognitif et comportemental), mnésiques et langagières (surtout en expression). Malgré ses troubles langagiers, il comprend la plupart des consignes simples ou sur démonstration. Sa réalisation de l'horloge illustre bien son fonctionnement exécutif et langagier où il commence par dessiner une horloge mais « glisse » finalement vers un gâteau d'anniversaire. Il éprouve également des difficultés lors du test de rappel du MOCA. Sa mémoire auditivo-verbale à long terme est atteinte avec une altération des trois phases : encodage, stockage et récupération. Aucun mot n'est restitué en rappel libre et avec les indices, il reste toujours à 0 sur 5 mots.

En ce qui concerne sa mémoire de travail, un déficit des modalités spatiale et kinesthésique est mis en avant lors de l'épreuve de Mémoire Spatiale

et des Séquence motrices manuelles. T.O. retient au maximum un trajet avec 4 cubes dans les deux sens, situant ses notes standards respectivement à 4 et 7. Lors de la mémorisation des séquences motrices, il réussit les premiers items de 2 éléments alors que la moyenne attendue pour une séquence motrice manuelle est entre 3,6 et 5 en fonction de l'étude (Fox et Fox, 2001 ; Samman et al., 2005). Pour la modalité auditivo-verbale, sa performance en simple rétention se trouve dans la norme moyenne alors que le traitement de l'information est plus difficile pour lui.

La partie B du TMT et le D2 n'ont pas pu être réalisés car T.O. n'a pas intégré les consignes. En revanche, le nombre d'omission lors du test de Cloches objective un déficit de l'attention focalisée visuelle.

Au niveau de l'équilibre, le test de Berg met en avant des troubles importants lors de la station debout.

Tests	Notes brutes (déviation standard)		
	T.O. pré	T.O. post	Écart pré-post
MOCA total	13 (-6,5 σ)	14 (-6,1 σ)	10,4 σ
MOCA visuospatial/exécutif	3	2	
MOCA dénomination	2	3	
MOCA attention	5	4	
MOCA langage	1	1	
MOCA abstraction	0	2	
MOCA rappel	0	0	
MOCA orientation	2	2	
Mémoire Spatiale Ordre direct (MS-OD)	4 (NS 4)	6 (NS 7)	↑ 3 NS
Mémoire Spatiale Ordre indirect (MS-OI)	5 (NS 7)	7 (NS 11)	↑ 4 NS
Séquences motrices manuelles Ordre direct (SMM-OD)	21	36	↑ 15
Séquences motrices manuelles Empans (SMM-E)	2	4	↑ 2
Mémoire de Chiffres Ordre direct (MDC-OD)	9 (NS 10)	8 (NS 9)	↓ 1 NS
Mémoire de Chiffres Ordre indirect (MDC-OI)	4 (NS 6)	6 (NS 8)	↑ 2 NS
D2 rythme	-	-	-
D2 erreurs	-	-	-
Trail Making Test A (TMT A)	132 (-10,8 σ)	58 (- 2,72 σ)	↑ 8,08
Trail Making Test B (TMT B)	-	-	-
Cloches omissions	10 (-3,7 σ)	5 (-1,4 σ)	↑ 2,3 σ
Cloches gauche – droit	-2 (-1,4 σ)	-1 (-0,7 σ)	↑ 0,7 σ
Cloches temps	395 (-6,8 σ)	306 (-4,7 σ)	↑ 2,1 σ
Berg équilibre	13	36	↑ 23

Tableau 1. Résultats pré et post-intervention

T.O participe à toutes les séances proposées. Nous démarrons la stimulation à 3 éléments spatiaux et il réussit assez rapidement à réaliser des trajets de 4. Les premiers exercices de la mémoire de travail kinesthésique débutent à 2 éléments. À la fin des séances, il peut reproduire des trajets jusqu'à 6 éléments et des enchaînements de 5 mouvements. La durée maximum de rétention passe de 2 à 6 secondes.

À l'évaluation post-intervention, nous notons également une meilleure performance sur les mesures en modalité spatiale et kinesthésique de la mémoire de travail. Sa mémoire de travail spatiale s'est presque normalisée. Son empan de la modalité kinesthésique se trouve désormais à 4 (score maximum dans le test utilisé). Nous avons observé qu'il a réussi des exercices à 5 items lors de l'intervention. En comparaison, ses capacités en modalité auditivo-verbale ont plutôt stagné.

En ce qui concerne l'attention visuelle et l'équilibre, une nette amélioration est notée. Son score d'équilibre reste en dessous du seuil fonctionnel mais il peut désormais réaliser des transferts en sécurité et des déplacements de courte distance avec la surveillance d'une tierce personne.

En revanche, son efficacité cognitive générale gagne un seul point. Le MOCA ne contient aucune épreuve sollicitant la mémoire de travail kinesthésique et spatiale ou l'attention visuelle.

DISCUSSION

Il nous a semblé important de développer nos pratiques professionnelles respectives pour pouvoir répondre aux besoins du patient atteint par des déficits cognitifs et moteurs simultanément. L'intervention WoMeMoRe permet de stimuler les modalités spatiales et kinesthésiques en mémoire de travail tout en faisant un travail moteur au lit, assis ou en déplacement. Selon la littérature, ce travail devrait permettre au patient d'accéder plus facilement au réapprentissage moteur et avoir un impact positif sur ses capacités d'attention.

T.O. participe aux exercices proposés malgré ses troubles cognitifs (MOCA < 15) et comportementaux sévères. Il semble motivé par un travail cognitif en passant par la motricité, où l'anosognosie est moins dominante. Au fur et à mesure des séances, nous pouvons lui présenter des exercices d'un niveau de difficulté de plus en plus élevé.

Ses capacités de mémoire de travail spatiale et kinesthésique, d'attention visuelle et d'équilibre ont progressé à l'évaluation post-intervention alors que ses capacités de mémoire de travail auditivo-verbale sont restées relativement stables. Ces scores semblent indiquer que l'intervention a bien ciblé les modalités de la mémoire de travail souhaitées. Il serait important de mesurer l'efficacité et la répercussion fonctionnelle de cette prise en charge par la réalisation d'une étude scientifique.

Nous nous attendons à ce que des atteintes pariéto-frontales de l'hémisphère droit engendrent un déficit de la mémoire de travail spatiale (Curtis, 2006) et celles de l'hémisphère gauche de la modalité kinesthésique (Fiehler et al., 2008). Les régions basi-frontales bilatérales et temporale gauche ainsi que le cervelet postérieur droit sont atteintes chez T.O. suite à un traumatisme crânien. Il présente effectivement des empan de sa mémoire de travail kinesthésique en dessous de la moyenne des adultes (3,6-5) mais sa mémoire de travail spatiale est également altérée (notes standards: 4 et 7) avant la stimulation. Ainsi, il serait intéressant d'explorer davantage quels types de patients peuvent bénéficier de cette intervention.

T.O. présente des troubles moteurs légers à modérés. Nous pouvons imaginer qu'en présence d'une altération motrice majeure, les ressources attentionnelles sollicitées pour la réalisation motrice sont importantes. Par conséquent, la tâche de mémoire de travail serait plus difficile à réaliser en même temps. Dans ce cas, il est possible de baisser le niveau de rétention ou utiliser une partie moins atteinte du patient.



Nous trouvons important d'approfondir le lien entre un déficit de la mémoire de travail spatiale et kinesthésique et l'apprentissage moteur explicite chez le patient cérébrolésé.



Le test de Séquences motrices manuelles utilisé comme mesure pour la mémoire de travail kinesthésique propose des enchaînements de 2 à 4 éléments à réaliser en reproduction immédiate. Il serait souhaitable d'intégrer un test validé pour l'adulte avec plus de 4 empan possibles. À nos connaissances, il n'existe pas non plus une évaluation validée de l'apprentissage moteur explicite pour des patients souffrants d'une LCA dans la pé-

riode aiguë et post-aiguë. Nous trouvons important d'approfondir le lien entre un déficit de la mémoire de travail spatiale et kinesthésique et l'apprentissage moteur explicite chez le patient cérébrolésé.

Cette intervention est le fruit d'un travail pluridisciplinaire avec ses avantages et ses limites. Lors de l'étude de cas illustrant l'intervention, la neuropsychologue est responsable de l'évaluation de la mémoire de travail ainsi qu'une supervision hebdomadaire avec le kinésithérapeute pour la partie mémoire de travail de l'intervention. Les séances de stimulation sont réalisées par le kinésithérapeute. En pratique clinique courante, les exercices peuvent également être pris en charge par le neuropsychologue

mais ils seront moins adaptés sur le plan moteur. Dans ce cas, il faudrait une supervision de la part du kinésithérapeute. Cette intervention implique nécessairement les compétences des deux professionnels : le neuropsychologue et le kinésithérapeute.

Nous espérons pouvoir mener de futurs travaux sur la WoMeMore en vue d'améliorer la prise en charge cognitivo-motrice pour les patients atteints par une LCA.

Cette étude de cas a pu être réalisée grâce à la coopération du CHU de Nice, Hôpital de l'Archet et l'UGECAM.

Références

- Anguera, J. A., Reuter-Lorenz, P. A., Willingham, D. T. et Seidler, R. D. (2010). Contributions of spatial working memory to visuomotor learning. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(9), 1917-1930. <https://doi.org/10.1162/jocn.2009.21351>
- Anguera, J. A., Reuter-Lorenz, P. A., Willingham, D. T. et Seidler, R. D. (2011). Failure to engage spatial working memory contributes to age-related declines in visuomotor learning. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23(1), 11-25. <https://doi.org/10.1162/jocn.2010.21451>
- Baddeley, A. D. (2012). Working Memory : theories, models and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1-29. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100422>
- Baddeley, A. D., Allen, R. J. et Hitch, G. J. (2011). Binding in visual working memory: the role of the episodic buffer. *Neuropsychologia*, 49, 1393-1400. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2010.12.042>
- Baddeley, A. D. et Hitch, G. J. (2017). Executive and perceptual distraction in visual working memory. *Journal of Experimental Psychology*, 43(9), 1677-1693. <https://doi.org/10.1037/xhp0000413>
- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. L. et Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health*, 83, 7-11.
- Bo, J., Borza, V. et Seidler, R. D. (2009). Age-related declines in visuo-spatial working memory correlate with deficits in explicit motor sequence learning. *Journal of Neurophysiology*, 102, 2744-2754. <https://doi.org/10.1152/jn.00393.2009>
- Brickenkamp, R. (1962). *Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Test d2)*. Hogrefe.
- Caroll, W. R. et Bandura, A. (1987). Translating cognition into action: The role of visual guidance in observational learning. *Journal of Motor Behavior*, 19, 385-139.
- Chan, J. S., Wu, Q., Liang, D. et Yan, J. H. (2015). Visuo-spatial working memory training facilitates visually-aided explicit sequence learning. *Acta Psychologica*, 161, 145-153. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2015.09.008>
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., Felicetti, T., Laatsch, L., Harley, J. P., Bergquist, T., Azulay, J., Cantor, J. et Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 519-530. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>
- Curtis, C. E. (2006). Prefrontal and parietal contributions to spatial working memory. *Neuroscience*, 139, 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2005.04.070>
- Elliott, M. et Parente, F. (2014). Efficacy of memory rehabilitation therapy: a meta-analysis of TBI and stroke cognitive rehabilitation literature. *Brain Injury*, 28(12), 1610-1616. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.934921>

- Fiehler, K., Burke, M., Engel, A., Bien, S. et Rösler, F. (2008). Kinesthetic working memory and action control within the dorsal stream. *Cerebral Cortex*, 18, 243-253. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm071>
- Fox, G. A. et Fox, A. M. (2001). The effects of brain damage on the performance of hand movement sequences. *Brain Impairment*, 2, 140-144. <https://doi.org/10.1375/brim.2.2.140>
- Hu, Y., Xu, Z. et Hitch, G. J. (2011). Strategic and automatic effects of visual working memory on attention in visual search. *Visual Cognition*, 19(6), 799-816. <https://doi.org/10.1080/135062.2011.590461>
- Jongbloed-Pereboom, M., Janssen, A. J. W. M., Steenbergen, B. et Nijhuis-van der Sanden, M.W. (2012). Motor learning and working memory in children born preterm: a systematic review. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 36, 1314-1330. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.02.005>
- Korkman, M., Kirk, V. et Kemp, S. (2012). *NEPSY II – Bilan neuropsychologique de l'enfant*. ECPA.
- Malouin, F., Belleville, S., Richards, C. L., Desrois, J. et Doyon, J. (2004). Working memory and mental practice outcomes after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 177-183.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. et Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of American Geriatric Society*, 53(4), 695-699.
- Pendlebury, S. T., Klaus, S. P., Mather, M., Brito, M. et Wharton, R. M. (2015). Routine cognitive screening in older patients admitted to acute medicine: abbreviated mental test score (AMTS) and subjective memory complaint versus Montreal Cognitive Assessment and IQCODE. *Age Ageing*, 44, 1000-5.
- Rousseaux, M., Beis, J.-M., Pradat-Diehl, P., Martin, Y., Bartolomeo, P., Bernati, T., Chokron, S., Leclercq, M., Louis-Dreyfus, A., Marchal, F., Perennou, D., Prairial, C., Rode, G., Samuel, C., Sieroff, E., Wiart, L. et Azouvi, P. (2001). Présentation d'une batterie de dépistage de la négligence spatiale: Normes et effets de l'âge, du niveau d'éducation, du sexe, de la main et de la latéralité. *Revue Neurologique*, 157(11), 1385-1400.
- Samman, S. N., Sims, V. et Stanney, K. M. (2005). Multimodal Working Memory: The unfolding story. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meetings*, 49(3), 337-341.
- Sanson, K. (2006). Pluridisciplinarité: intérêt et conditions d'un travail de partenariat. *Le journal des psychologues*, 242(9), 24-27.
- Schmidt, B. K., Vogel, E. K. et Woodman, G. F. (2002). Voluntary and automatic attentional control of visual working memory. *Perception and Psychophysics*, 64, 754-763. <https://doi.org/10.3758/BF03194742>
- Seidler, R. D., Bo, J. et Anguera, J. A. (2012). Neurocognitive contributions to motor skill learning: the role of working memory. *Journal of Motor Behaviour*, 44(6), 445-453. <https://doi.org/10.1080/0022895.2012.672348>
- Smyth, M. M. et Pendleton, L. R. (1989). Working memory for movements. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 41(2), 235-250.
- Smyth, M. M. et Pendleton, L. R. (1994). Memory for movement in professional ballet dancers. *International Journal of Sport Psychology*, 25, 282-294.
- Spencer-Smith, M. et Klingberg, T. (2015). Benefits of a working memory training program for inattention in daily life: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 10(3), e0119522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119522>
- Tombaugh, T. N. (2004). Trail Making Test A et B: normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 203-214.
- Uiga, L., Capio, C. M., Ryu, D., Wilson, M. R. et Masters, R. S. (2018). The role of conscious control in maintaining stable posture. *Human Movement Science*, 57, 442-450.
- Wechsler, D. (1997). *MEM III Échelle Clinique de Mémoire de Wechsler – 3^e édition*. ECPA.

Création d'un programme de revalidation cognitive multi-interventions pour des patients présentant un trouble neurocognitif léger non amnésique

Eline LOKIETEK

Psychologue spécialisée en Neuropsychologie,
Service neurologie, SRR Marguerite Boucicaut,
Chalon sur Saône

Chanèle FREQUELIN

Psychologue spécialisée en Neuropsychologie,
Centre Renoir et CP2R, CHS d'Auxerre

Alexia CUISNIAK

Psychologue spécialisée en Neuropsychologie,
Centre Renoir et CP2R, CHS d'Auxerre

Contact

Eline LOKIETEK

eline.lokietek@croix-rouge.fr

SSR Marguerite Boucicaut 2,
avenue Pierre Mendès
France, 71100 Chalon sur Saone

Mots-clés

- Trouble neurocognitif léger
- Revalidation cognitive
- Psychoéducation
- Hypnothérapie
- Multi-interventions

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Lokietek, E., Frequelin, C. et Cuisniak, A. (2020). Création d'un programme de revalidation cognitive multi-interventions pour des patients présentant un trouble neurocognitif léger non amnésique. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 47-58.

Résumé

L'efficacité de la stimulation cognitive dans le cadre du trouble neurocognitif léger est remise en question et ne répond pas toujours aux attentes des patients. Nous avons donc cheminé vers un autre type de prise en charge de ce trouble en proposant des alternatives s'inspirant de plusieurs approches existantes. Nous nous sommes centrées sur les patients présentant un trouble neurocognitif léger non amnésique (troubles des fonctions attentionnelles et exécutives), associé ou non à des perturbations émotionnelles (anxiété).

Cette prise en charge multi-interventions a notamment mêlé la revalidation cognitive, la psychoéducation et l'hypnothérapie.

Des bénéfices ont été perçus par les patients, leur entourage et les soignants avec une sensation subjective de transfert des acquis à la vie quotidienne. De plus les répercussions positives ont été notées à la fois sur le plan cognitif et sur le plan thymique.

INTRODUCTION

Lors de l'apparition d'un trouble cognitif dans le cadre du vieillissement, il est d'usage de proposer une prise en charge de stimulation cognitive dans une optique d'amélioration ou de maintien des capacités cognitives. Mais qu'en est-il réellement de l'efficacité de ce type de pratique et de la généralisation des compétences acquises à la vie quotidienne? Existerait-il d'autres moyens de prendre en charge les troubles neurocognitifs légers (TNL) de manière efficace?

Les troubles neurocognitifs légers font référence à un déficit cognitif plus important que le déclin cognitif normal dû à l'âge, mais pour lequel un diagnostic de pathologie neurodégénérative ne peut être posé dans le sens où il ne compromet pas l'autonomie de la personne. Tout au long de notre pratique au sein de notre lieu d'exercice (Consultation mémoire et CATTP), nous avons constaté qu'un grand nombre de patients venant consulter dans ce cadre était en demande de prise en charge. Malgré les controverses actuelles concernant la pertinence d'une catégorie diagnostique de TNL (Van der Linden et Juillerat Van der Linden, 2014), la demande de prise en charge émanant des patients et l'impact des troubles cognitifs sur leur qualité de vie nous ont semblé être des conditions suffisantes pour la proposition d'un accompagnement. L'HAS (Haute Autorité de Santé, 2018) ainsi que le plan maladies neurodégénératives de 2014, plan ministériel régissant nos activités au sein de notre structure, s'inscrivent dans une démarche de prévention et d'interventions multidisciplinaires, ce qui a confirmé la légitimité de notre démarche.

 *Nous avons constaté qu'un grand nombre de patients venant consulter dans ce cadre [troubles cognitifs légers] était en demande de prise en charge.* 

Ainsi, nous nous sommes demandées comment répondre aux problématiques de nos patients présentant un TNL non amnésique (troubles des fonctions attentionnelles et exécutives) associé ou non à des perturbations émotionnelles (anxiété) et comment leur faire bénéficier de nos approches diversifiées de la neuropsychologie avec comme objectif final d'obtenir un transfert des compétences acquises à leurs activités de vie quotidienne. Précis-

sons que notre démarche s'inscrit dans un cadre pratico-pratique et n'a pas la prétention actuellement d'être dans une visée de recherche.

Nous allons donc vous présenter l'évolution de nos réflexions pour la construction de cet outil, son contenu et illustrer nos propos par l'intermédiaire des retours de nos premiers patients bénéficiaires.

CHEMINEMENT VERS UN AUTRE TYPE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AVEC UN TROUBLE NEUROCOGNITIF LÉGER

PROBLÉMATIQUE ET QUESTIONNEMENTS : LIMITES DES APPROCHES CLASSIQUES

Nous proposons depuis plusieurs mois des ateliers de stimulation cognitive aux patients présentant un TNL au sein de notre CATTP mais de nombreuses limites ont pu être objectivées, notamment en ce qui concerne le transfert des acquis au quotidien et la prise en compte des problématiques individuelles ainsi que de la diversité des profils des patients. À l'instar de certains de nos collègues, nous nous inscrivons dans la théorie selon laquelle ce type de pratique de stimulation cognitive était efficace et permettait un transfert automatique aux activités de la vie quotidienne, mais cette idée reçue a été remise en question ces dernières années (Huntley et al., 2015; Seron et Van der Linden, 2016).

En constatant une certaine hétérogénéité entre les besoins des patients présentant un TNL amnésique et ceux des patients présentant un TNL non amnésique au sein du groupe, nous avons souhaité développer une prise en charge parallèle adaptée à ces derniers afin de cibler notre travail sur les compétences exécutives et attentionnelles. Nous avons donc pu rapidement mettre en place deux groupes différents mais c'est uniquement sur le groupe « fonctions attentionnelles et exécutives » que portera notre propos.

Désireuses de prendre en charge au mieux ces patients en fonction de leurs problématiques respectives, nous avons également ressenti le besoin de sortir du fonctionnement « top-down » classique et de développer une autre approche, qui permettrait cette fois de potentialiser les ressources

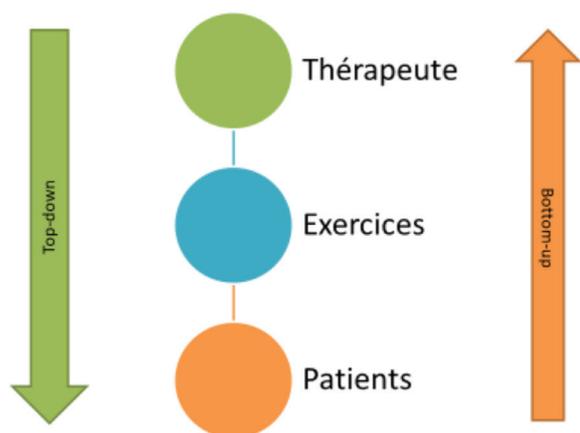


Figure 1. Représentation graphique des différences entre les approches top-down et bottom-up lors de la réalisation des exercices

cognitives et psychiques des patients. La manière dont nous nous sommes représentées la distinction entre approche « top-down » (informations et compétences venant du thérapeute) et « bottom-up » (raisonnement et recherche de solutions émanant du patient) figure sur le schéma suivant (Figure 1).

RECHERCHE DE SOLUTIONS ALTERNATIVES

Pour pallier les limites des approches classiques, et donc de la nôtre par extension, nous avons cherché à nous imprégner d'approches alternatives.

Dans un premier temps, la découverte d'un outil de remédiation neurocognitive a inspiré notre démarche. Initialement conçu pour des patients atteints de trouble du spectre schizophrénique, la Thérapie par Remédiation Cognitive (CRT) est un programme de remédiation neurocognitive développé par Delahunty et Morice (1993) et repris par Delahunty et al. (2002) en Grande Bretagne. Il a été traduit et validé en français par les membres du C3RP (Paris) et du CL3R (Lyon). Son objectif général est la remédiation des altérations des fonctions exécutives. Il se base également sur des éléments de psychoéducation aux fonctions cognitives et requiert la mise en place d'une procédure spécifique dans la réalisation des exercices proposés (analyse des stratégies, mise en lien avec les fonctions cognitives utilisées, évocation de situations du quotidien mettant en œuvre ces capacités cognitives et tâches à domicile en lien avec l'exercice). Cet outil ayant déjà été adapté pour des populations neuro-

logiques dans certains pays (Site web du C3RP, section formation CRT, 03.04.2020), nous nous sommes inspirées de sa méthodologie pour créer le volet « revalidation cognitive » de notre prise en charge.

Plusieurs études ont par le passé développé des programmes multi-interventions (Belleville et al., 2006, Fernandez Calvo et al., 2015). Le programme de Belleville et al. (2006) visait par exemple l'amélioration du fonctionnement mnésique par l'apprentissage de stratégies (imagerie, connaissances sémantiques, organisation verbale), l'amélioration du contrôle attentionnel et proposait des séances d'information et des interventions psychologiques (relaxation, gestion du stress, informations sur le vieillissement cognitif).

Dans une approche plus psychosociale, Joosten-Weyn et al. (2008) ont proposé une thérapie de groupe à des patients ayant reçu un diagnostic de troubles neurocognitifs légers en combinant des éléments de psychoéducation et une approche cognitivo-comportementale. L'acceptation des difficultés permise par cette thérapie serait selon ces derniers un élément indispensable à la mise en mouvement et à l'adaptation quotidienne du patient à ses déficits cognitifs. La combinaison entre psychothérapie et rééducation ayant déjà fait ses preuves dans le domaine de la prise en charge des troubles attentionnels (Guilé, 2004), l'introduction de techniques issues des thérapies cognitives et comportementales pourrait être un levier pour la potentialisation des effets bénéfiques apportés par les autres dimensions de la prise en charge.



Nous avons donc souhaité nous inscrire dans une démarche multi-interventionnelle en associant des interventions cognitives à des interventions psychosociales.



De plus, dans l'étude MEMO+ (Belleville et al., 2018) sur une population de patients TNL, les auteurs ont observé des bénéfices d'un entraînement cognitif groupal sur la mémoire à court terme et à long terme contrairement au groupe ayant bénéficié d'un programme psychosocial (restructuration cognitive basée sur les pensées automatiques, techniques de résolution de problèmes, gestion de la colère et de la frustration, etc.). Cependant aucune de ces deux prises en charge n'a eu d'impact

significatif sur l'anxiété, la dépression ou encore la qualité de vie. Aussi, les auteurs s'interrogeaient sur l'intérêt d'allier entraînement cognitif et programme psychosocial dans la prise en charge groupale de ces patients.

Riches de ces résultats, nous avons donc souhaité nous inscrire dans une démarche multi-interventionnelle en associant des interventions cognitives à des interventions psychosociales.

PROBLÉMATIQUES ANXIEUSES

Après plusieurs séances de prise en charge et grâce à l'instauration de l'alliance thérapeutique ainsi que d'un climat de confiance dans le groupe, des problématiques anxieuses communes à tous les patients du groupe ont pu être verbalisées bien que déjà objectivées auparavant dans les entretiens individuels. Les patients se sont accordés sur la probable existence d'un « cercle vicieux de l'anxiété » où l'anxiété et les troubles cognitifs s'autoalimenteraient, ce qui nous a conduites à orienter notre travail en nous basant sur ce postulat.

Dans la littérature il est postulé que l'anxiété constituerait un biais cognitif induisant un traitement préférentiel de l'information menaçante modifiant l'attention, la mémoire ou les capacités de jugement dans certaines situations (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2014). La théorie d'Eysenck et Calvo suggère que chez les individus anxieux, la présence de l'inquiétude constituerait une surcharge cognitive qui altérerait la capacité de traitement de l'information dans le sens où elle placerait le sujet anxieux en situation de double tâche (Eysenck, 1991) et nécessiterait donc de fournir un effort significativement plus important (Eysenck et al., 2007).

Plus particulièrement, dans le cadre du TNL, davantage de dysrégulations de l'humeur (telles que l'anxiété) sont retrouvées chez les patients que dans la population générale (Geda et al., 2004; Monastero et al., 2009). L'anxiété affecterait également les performances dans les activités instrumentales de la vie quotidienne et dans les activités exécutives chez ces patients (Rozzini et al., 2008). Enfin, l'anxiété semble favoriser la progression du trouble neurocognitif léger vers la pathologie (Li et Li, 2018; Rozzini et al., 2008).

Il nous a donc paru primordial de prendre en compte le facteur « anxiété » dans la prise en charge des patients avec trouble neurocognitif léger. Pour ce faire, les approches suivantes ont été employées.

La relaxation

Wilson et Robertson (1992) avaient utilisé la relaxation comme moyen de remédier aux fluctuations attentionnelles en favorisant « l'implication du sujet dans l'auto-contrôle et l'auto-régulation de son efficacité attentionnelle » pour contribuer à « optimiser ou compléter les bénéfices faisant suite à une approche restauratrice ». Nous avons choisi de nous en inspirer en intégrant à nos séances de revalidation cognitive des techniques de relaxation en début de séance pour permettre une meilleure focalisation attentionnelle. Cela nous a semblé d'autant plus pertinent face à la dynamique anxieuse du groupe, le second objectif étant de redonner progressivement un sentiment de contrôle au patient, de permettre à chacun de se saisir de la méthode qui lui convient le mieux et de renforcer son autonomie dans la gestion de l'anxiété.

Psychoéducation sur la thymie et les émotions

Au vu des plaintes recueillies concernant l'humeur, il nous a paru pertinent d'aborder la notion de thymie au cours de cette prise en charge dans un objectif de meilleure connaissance de soi et de son fonctionnement, mais aussi de dédramatisation et d'acceptation de ses symptômes. Nous avons également souhaité nous inscrire dans une démarche préventive, les dysrégulations de l'humeur pouvant, à terme, aboutir à un ralentissement de la vie intellectuelle (Hanus et Louis, 2010).

En parallèle de la thymie, les émotions ont également été abordées puisque, malgré la délicate tâche de les définir de manière unanime dans la littérature, ces dernières ont une incidence importante au quotidien. Outre être une base essentielle à la communication non verbale et être une source d'informations, l'émotion facilite l'action, est un support à la décision et est indispensable à l'adaptation environnementale (Mikolajczak et al., 2014).

L'hypnothérapie

L'hypnothérapie est une approche psychothérapeutique qui peut être utilisée comme une thérapie de soutien visant avant tout la relaxation pour un meilleur contrôle de l'anxiété. Smaga et al. (2010) placent l'hypnothérapie parmi les techniques les plus efficaces dans le traitement des troubles anxieux. Nous avons donc pensé qu'il serait intéressant de pouvoir proposer ce type de prise en

charge en complément, si besoin, afin de répondre à cette plainte anxieuse et d'accompagner les patients de manière plus individuelle.

CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE

RECRUTEMENT DES PATIENTS ET MÉTHODOLOGIE DE LA PRISE EN CHARGE

Les patients que nous avons sélectionnés sont issus de la consultation mémoire attenante au CATTP. Ils ont tous bénéficié d'une consultation médicale et ont été orientés vers un bilan neuropsychologique au regard de leurs plaintes cognitives (mnésique, attentionnelle et/ou langagière). En nous basant sur leur profil cognitif, nous avons sélectionné les patients présentant un TNL non amnésique (troubles attentionnels et exécutifs). Précisons que la majorité d'entre eux présentaient également des plaintes émotionnelles et/ou thymiques sans nécessité de suivi psychiatrique, sauf pour un patient. Ce groupe était composé de cinq patients assidus (au total sept patients faisaient initialement partie du groupe) âgés en moyenne de 62,4 ans (écart-type :

6,3) et ayant été scolarisés en moyenne 14 ans (écart-type : 2,6).

La durée de la prise en charge que nous proposons était de quatre mois soit 17 séances hebdomadaires d'une durée de 2 heures chacune (Figure 2). La première séance se composait de la présentation du programme, du remplissage d'échelles et de questionnaires (STAI (Spielberger et al., 1983), BDI-II (Beck et al., 1996), et WHO-QoL-8 (Leplège et al., 2013)) et de l'information aux fonctions cognitives. Les 13 séances suivantes étaient dédiées à la revalidation cognitive. Les séances 14 à 16 abordaient les perturbations thymiques et émotionnelles, et proposaient des outils d'inspiration cognitivo-comportementale. Enfin, la 17^e séance était consacrée aux retours des patients sur la prise en charge et à un nouveau remplissage des échelles et questionnaires. Un bilan neuropsychologique comparatif (d'un à trois mois après la dernière séance) ainsi qu'une consultation médicale étaient également programmés en fin de prise en charge. Une prise en charge optionnelle des problématiques anxieuses était par ailleurs proposée par l'intermédiaire de l'hypnothérapie.

Nous tenons à préciser que même si nous disposions d'une trame globale initiale, nous avons fait évoluer chaque semaine le contenu de nos séances

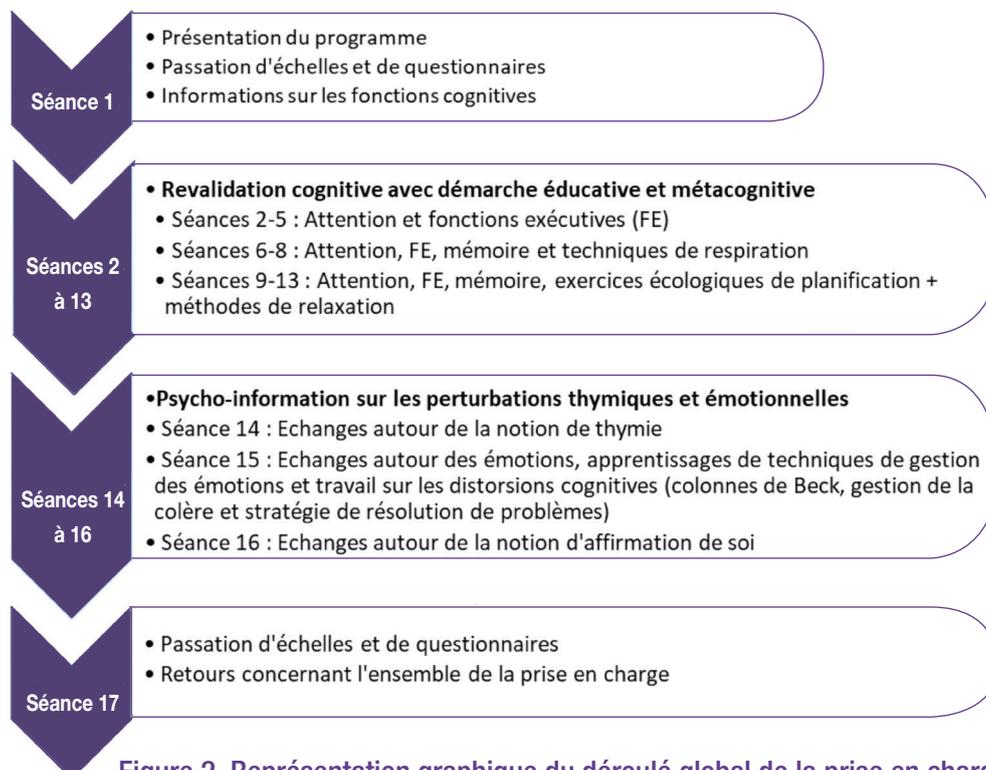


Figure 2. Représentation graphique du déroulé global de la prise en charge

pour adhérer au mieux aux plaintes concrètes des patients et pour être le plus cohérentes possible avec leur évolution et leur niveau d'élaboration.

DÉROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE

Revalidation cognitive

Notre prise en charge a débuté par une séance d'information au cours de laquelle nous abordons les différentes fonctions cognitives, leur rôle et leur

fonctionnement, leur implication dans les activités de la vie quotidienne, les liens qu'elles entretiennent entre elles, etc. Il nous paraissait important de sensibiliser les patients aux troubles qu'ils présentent par une présentation plus « académique » de ces fonctions associée à une recherche d'exemples en groupe. Cette étape nous a semblé indispensable pour pouvoir, à terme, rendre le patient expert de sa prise en charge mais également favoriser le transfert des acquis aux activités quotidiennes grâce au travail de la métacognition et par le biais d'une démarche éducative. À la suite d'un brains-

Brainstorming de début de séance

- **Retour sur les tâches à domicile**
- **Echanges autour d'un sujet/de stratégies personnelles** (ex : difficultés mnésiques rencontrées au quotidien, les facteurs externes et internes pouvant favoriser ces difficultés, etc.).

Exercice de respiration/relaxation

- **Apprentissage et expérimentation de techniques de relaxation** (respiration abdominale, cohérence cardiaque, etc.).
- **Echanges autour des stratégies personnelles de relaxation.**

Exercices cognitifs

- **Description de l'exercice en groupe**
- **Réalisation de l'exercice en individuel**
 - **Flexibilité mentale, inhibition et résistance aux interférences** (ex : entourer alternativement les chiffres pairs sur une ligne, les impairs sur une autre ligne, introduction de distracteurs sonores, dire "grand" quand vous voyez un mot écrit en majuscule et "petit" pour un mot en minuscule sans tenir compte de la taille de caractère du mot, etc.)
 - **Mémoire épisodique** (ex : mémoriser une histoire entendue pour en restituer les éléments principaux après délai)
 - **Attention sélective auditive ou visuelle** (ex : compter le nombre de "a" dans les mots et phrases énoncés à l'oral, tâches de barrage, etc.)
 - **Attention divisée** (ex : exercices en double-tâche)
 - **Mémoire de travail** (ex : empan de Daneman, répétition de mots dans l'ordre alphabétique, réponses à une série de questions en n-back, etc.)
 - **Planification** (ex : remplir un planning en fonction de contraintes, organiser un repas de famille pour Noël, réaliser différentes tâches avec un ordre de priorité à respecter, remplir une feuille de comptes en tenant compte des tickets/factures/fiches de paie sur la table, etc.)
- **Répondre aux questions suivantes :**
 - *Quelle stratégie avez-vous mise en place pour réaliser l'exercice ?*
 - *Quelle(s) fonction(s) cognitive(s) a (ont été) mise(s) en jeu dans cet exercice ?*
 - *Dans quelle situation de la vie quotidienne êtes-vous susceptibles d'utiliser cette même fonction cognitive et donc potentiellement de mettre en place la même stratégie ?*

Présentation de stratégies complémentaires

- **Proposition d'un support papier retraçant les stratégies évoquées par les patients les séances précédentes** ("carnet de bord"),
- **Proposition et expérimentation d'autres techniques/stratégies proposées par les psychologues** (cf illustration sur le détails des stratégies et interventions cognitives en figure 4)

Tâches à domicile

- **Explication des exercices à réaliser pour la semaine suivante** (ex : classement de lettres et/ou chiffres en alternance ou dans différents ordres, trouver des situations de la vie quotidienne dans lesquelles l'attention divisée/la mémoire de travail/la planification/etc. est mise en jeu et essayer d'y appliquer les stratégies vues en séance, décrire le dernier film que vous ayez vu au cinéma/à la TV, etc.)

Figure 3. Détails du déroulement type d'une séance

forming en groupe, nous avons abordé les facteurs susceptibles d'impacter (positivement ou négativement) le fonctionnement cognitif (ex : estime de soi, substances psychoactives, facteurs thymiques et émotionnels, sommeil, qualité de vie, stéréotypes sur le vieillissement, etc.). Ainsi, nous pensions favoriser la réattribution de l'origine de certaines difficultés cognitives et confirmer la pertinence du travail sur la thymie et la gestion des émotions proposé par la suite.

Les exercices cognitifs proposés ensuite ont été sélectionnés de manière à répondre aux plaintes exprimées ou à correspondre aux déficits objectifs lors des évaluations neuropsychologiques (exercices ciblant les fonctions attentionnelles et exécutives

mais également mnésiques au vu de la plainte inaugurale). Ces exercices ont été extraits de différents ouvrages ou créés par nos soins. Ils ont été dispensés aux patients avec la méthodologie inspirée de celle du CRT (niveau croissant de difficulté au fil des séances, génération et adaptation de stratégies, administration graduelle des modules de fonctions cognitives, assignation de tâches à domicile pour une tentative d'extension de l'usage de stratégies au cours des activités quotidiennes). Après une description en groupe de l'exercice et de la consigne, chaque participant réalisait l'exercice de manière individuelle en choisissant au préalable sa propre stratégie. Ensuite nous nous questionnions en groupe quant à l'efficacité des stratégies em-

Structuration de l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des distractions ou des interférences, • Introduction de pauses • Etc. (Seron et Van Der Linden, 2016)
Implication de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche explicative des troubles cognitifs transmise aux familles • Entraînement des patients à expliquer leurs troubles
Utilisation d'aides externes	<ul style="list-style-type: none"> • Minuteur pour la gestion du temps • Check-list • Carnet/bloc notes • Agenda • Rappels sur le téléphone ou alarmes • Etc. (Seron et Van Der Linden, 2016)
Techniques de pré-organisation et de segmentation de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques pouvant s'apparenter aux Goal Management Training (Levine et al., 2000) dans des tâches de résolution de problèmes ou des exercices de planification écologiques
Régulation des fluctuations attentionnelles	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de méthodes de relaxation en début de séance (respiration abdominale, cohérence cardiaque, etc.) • Détection des fluctuations attentionnelles pour favoriser leur auto-contôle
Exercices issus des programmes de réentraînement spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Exercices issus des programmes de réentraînement spécifique de la composante exécutive de la mémoire de travail avec niveau de difficulté croissant (administrateur central) (Vallat-Azouvi, Pradat-Diehl et Azouvi., 2009)
Procédés mnémotechniques basés sur l'imagerie mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'images mentales en visualisation directe • Méthode des lieux
Procédés mnémotechniques verbaux	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie de la première lettre pour la mémorisation de listes • Méthode PQRST pour la mémorisation de textes (Glasgow, Zeiss, Barrera, et Lewinsohn, 1977). • Création d'associations verbales • Regroupements sémantiques • Technique de récupération espacée (Landauer et Bjork, 1978)

Figure 4. Détails des interventions cognitives et stratégies expérimentées en groupe et/ou apportées par les psychologues tout au long de la prise en charge

ployées, les fonctions cognitives mises en jeu dans l'exercice et les situations de la vie quotidienne mettant en jeu les mêmes fonctions que celles employées dans l'exercice et qui pourrait favoriser le transfert de ces stratégies au quotidien (Figure 3).

À la demande des patients, nous avons adapté nos supports et le contenu des exercices pour les rendre plus écologiques afin de tendre au mieux vers leurs problématiques personnelles. En parallèle, nos échanges ont permis la recherche de solutions en groupe, basée sur l'apport de situations problématiques concrètes du quotidien et de stratégies (Figure 4). Un document « carnet de bord » les a accompagnés tout au long de leur prise en charge et a été complété au fur et à mesure avec ces stratégies ainsi que les apports des échanges de chaque semaine.

Les objectifs globaux de cette étape de revalidation cognitive, en accord avec les données de la littérature précédemment évoquées, sont les suivants :

- Rendre les patients experts grâce à une « boîte à outils » ;
- Favoriser les interactions sociales et la recherche de solutions en groupe ;
- Utiliser des stratégies de facilitation et des moyens de compensation ;
- Entraîner les fonctions cognitives affaiblies ;
- Exploiter les fonctions cognitives préservées ;
- Faire le lien avec le quotidien via des interventions centrées sur les besoins concrets et les difficultés rencontrées au quotidien.

Psychoéducation thymie et émotion

Ces séances ont d'abord traité de la thématique de la thymie et de la gestion des émotions en abordant brièvement la définition de ces notions, les données d'épidémiologie, les facteurs de risque et les prises en charges existantes (thérapies brèves, prises en charge psychocorporelles, hypnothérapie) tout en tenant compte des problématiques spécifiques des patients. Notons que les axes de travail ont été choisis avec les patients. Des éléments issus de l'approche cognitivo-comportementale ont également été abordés : la stratégie de résolution de problèmes (afin d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité et d'apprendre à faire face à certains événements de vie stressants), les techniques de

gestion des émotions (principalement dans le but de réduire l'impact négatif des réactions émotionnelles de colère), un travail sur les pensées automatiques et pensées alternatives (pour repérer les schémas de pensée dysfonctionnels pouvant occasionner des émotions négatives ou une anxiété limitante et s'entraîner à générer des pensées alternatives), et l'affirmation de soi (ayant pour objectif de mieux communiquer avec l'entourage et de faire valoir ses émotions). Pour aborder certaines problématiques annexes, un espace de parole moins directif leur était également proposé en fin de séance (par exemple concernant la perception des difficultés par l'entourage et la manière d'y réagir, l'acceptation des difficultés, etc.). Ces trois séances d'échanges autour des perturbations thymiques et émotionnelles avaient pour objectif de :

- Dédramatiser son état thymique et émotionnel et le situer sur un continuum entre normalité et pathologique ;
- Élaborer sur ses ressentis réactionnels à certaines situations sociales ;
- Apprendre à se décentrer de son interprétation première pour réduire les biais cognitifs ;
- Apprendre à verbaliser ses ressentis émotionnels et endiguer l'effet « cocotte-minute ».

Hypnothérapie

Comme nous l'avons vu précédemment, des séances d'hypnothérapie ont également été proposées aux patients qui le souhaitaient par une psychologue formée de l'équipe. La première séance était consacrée à la mise en mot de la plainte anxieuse du patient, de sa demande et de ses objectifs, tout en nous attachant à explorer son parcours de vie durant l'anamnèse. Nous proposons ensuite plusieurs entretiens avec séances d'hypnose. Leur nombre et leur fréquence étaient décidés avec le patient et le contenu de chaque script adapté à chaque problématique. Lors de la dernière séance, nous tentions d'évaluer l'efficacité de l'hypnothérapie via les retours du patient. Ils pouvaient par la suite être redirigés vers d'autres professionnels pour des prises en charge plus longues ou sortant du cadre de notre pratique.

L'objectif principal de cette approche était de diminuer l'anxiété en lien avec les troubles cognitifs et, si possible, le niveau général d'anxiété au quotidien. Les objectifs secondaires, communs à ceux de la revalidation cognitive, étaient de renforcer la

mise en mouvement du patient et d'initier une dynamique de changement, d'activer ses ressources psychologiques pour faire face à son anxiété et de renforcer son autonomie en rendant le patient acteur de sa prise en charge via l'apprentissage de l'autohypnose.

BILAN GLOBAL DE LA PRISE EN CHARGE

RETOURS DES PATIENTS

Lors de la dernière séance, un retour sur le programme a été fait avec notre premier groupe. D'après les patients, la prise en charge leur a permis de :

- Dédramatiser les difficultés et se rendre compte qu'elles sont également ressenties par d'autres personnes ;
- Accepter les troubles et les verbaliser auprès de son entourage sans honte ;
- Mettre un nom sur les difficultés ressenties et les processus cognitifs sous-jacents ;
- Construire des stratégies et les appliquer chez soi ;
- Améliorer son organisation au quotidien (agenda, recettes de cuisine...) et optimiser l'utilisation de certains appareils (ordinateur, téléphone portable) ;
- Prendre plaisir à être ensemble ;
- Favoriser le bien-être et la qualité de vie ;
- Avoir la sensation d'avoir « récupéré » sur le plan cognitif ou en tout cas de mieux fonctionner au quotidien ;
- Respecter la parole de chacun (ouverture aux autres et écoute) ;
- Favoriser l'impulsion qui donne l'envie de commencer/repandre certaines activités sur le plan personnel (sport, loisirs, méthodes psychocorporelles etc.) ;
- Résoudre certains problèmes personnels par la communication avec la famille et l'explication des difficultés ;
- Apprendre à gérer son stress (respiration, techniques de résolution de problèmes, etc.) ;
- Échanger au sujet des stratégies de coping.

Les trois patientes qui ont souhaité bénéficier de l'hypnothérapie ont évoqué plusieurs niveaux

d'amélioration notamment en termes de concentration ainsi qu'en termes de confiance, estime et affirmation de soi. Ces améliorations ont permis une diminution de l'anxiété vis-à-vis des oublis et de leur fréquence. L'autonomie des patientes face à la gestion de l'anxiété aurait également été améliorée et les bénéfices de chaque séance ont pu être potentialisés au travers de l'utilisation de l'autohypnose. Enfin, le travail par le biais de l'hypnothérapie leur aurait permis de davantage se recentrer sur elles-mêmes et d'être plus à l'écoute de leurs besoins.

ÉVALUATIONS COMPARATIVES

La comparaison des résultats des bilans neuropsychologiques pré- et post- prise en charge a montré une amélioration globale de la plainte cognitive lors de l'entretien clinique ainsi qu'une amélioration des performances à certains tests psychométriques. Les échelles et le nombre de patients ne nous ont toutefois pas semblé suffisamment significatifs pour permettre un traitement statistique des données. De plus, nous nous sommes questionnées sur la pertinence des échelles proposées et souhaiterions utiliser des outils plus axés sur la plainte cognitive à l'avenir. Un questionnaire qualitatif sur les ressentis des patients concernant la prise en charge mettait quant à lui en évidence une sensation subjective de transfert des acquis aux activités de la vie quotidienne pour tous les patients du groupe. Une amélioration des performances cognitives des patients a été notée par l'intermédiaire des bilans neuropsychologiques comparatifs dont les limites méthodologiques sont toutefois connues, notamment en raison des risques d'effets test-retest. Ainsi, les impressions subjectives rapportées par les patients nous ont semblé être les facteurs dont il fallait tenir compte en premier lieu (amélioration de l'humeur, réduction de l'anxiété en lien avec les troubles cognitifs et diminution de l'anxiété latente au quotidien).

Nous avons proposé une séance commune un an après cette prise en charge à laquelle 3 patients sur 5 ont pu participer. Sur le plan cognitif, ils rapportent à l'unanimité un maintien de la mise en place de stratégies internes comme externes. Une sensation subjective d'amélioration des capacités cognitives a été rapportée par l'un d'entre eux et une meilleure organisation au quotidien pour un autre. Du fait de la persistance d'une certaine aisance face à leurs difficultés cognitives, le maintien de la com-

munication avec l'entourage a permis progressivement de diminuer l'isolement social pour certains et de favoriser la participation à des activités sociales et/ou de loisirs pour d'autres. Enfin, un patient insiste sur les bénéfices à long terme de la prise en charge sur l'affirmation de soi et le bien-être notamment grâce à l'utilisation des techniques de relaxation apprises ensemble.

RETOUR DES PSYCHOLOGUES

Outre la satisfaction de constater que notre travail s'inscrivait dans la tendance actuelle des types de prises en charge proposées auprès d'une population âgée (Boujut et Belleville, 2019) et bien que les résultats de cette prise en charge soient en grande partie positifs, il reste quelques points à améliorer. Un plus grand nombre de patients serait nécessaire pour être en mesure de réaliser des analyses statistiques afin d'évaluer avec une méthodologie plus rigoureuse les apports de notre travail de groupe. D'autre part, l'inclusion des patients dans le groupe fera à l'avenir l'objet d'une sélection plus stricte notamment en réduisant le délai entre l'évaluation cognitive initiale et le début de la prise en charge pour réduire le risque d'évolution significative des troubles cognitifs. Deux patients (parmi les sept constituant le groupe initial) n'ont en effet pas pu s'adapter au fonctionnement particulier de ce programme en termes de méthodologie de travail du fait des troubles cognitifs trop avancés et d'une tendance anosognosique naissante. Ces observations laissent donc penser que ce type d'approche, et principalement les aspects de métacognition, ne semble pas pouvoir s'adapter à tous les types de patients, peut-être en raison d'un déclin des capacités métamnésiques dans le cadre du trouble neurocognitif léger (Perrotin et Isingrini, 2010). Rappelons également que le niveau scolaire moyen des participants était assez élevé dans le groupe de travail des fonctions attentionnelles et exécutives, ce qui a pu favoriser l'élaboration de stratégies lors des exercices et leur application au quotidien.

Cette prise en charge aura également enrichi notre pratique de psychologues spécialisées en neuropsychologie. En effet, le fait d'avoir placé les patients au centre de leur prise en charge leur a permis d'aborder d'une manière probablement différente de la nôtre certaines problématiques du quotidien. Les tentatives de résolution de problèmes n'en ont été que plus riches et constructives,

chaque patient ayant pu apporter des solutions auxquelles aucune d'entre nous n'aurait pu penser initialement. Placer le patient en tant qu'acteur principal du travail de revalidation cognitive lui aura également permis de s'approprier ses troubles cognitifs pour non seulement pouvoir y faire face mais également pour en informer son entourage. Une implication différente de la famille a pu être notée à la fin de la prise en charge, de même qu'une résolution de certains conflits intrafamiliaux liés à la méconnaissance des troubles cognitifs et de leurs répercussions sur les activités de vie quotidienne. Enfin, comme nous l'avions déjà évoqué précédemment, une fois le patient au clair avec son fonctionnement cognitif, il lui devient possible de transférer aux activités quotidiennes l'ensemble des stratégies internes et externes acquises pendant la prise en charge.

En tant que professionnels les ayant accompagnés pendant ces quatre mois, constater l'épanouissement des patients au sein du groupe et l'amélioration de leur estime d'eux-mêmes a également été source de beaucoup de satisfaction. La construction de ce travail nous a également amenées à prendre plus de recul par rapport à nos pratiques antérieures et à davantage considérer les atouts d'une approche multi-interventions. Le couplage des approches nous a notamment permis de mieux nous adapter à la diversité des problématiques, des étiologies, des personnalités des patients, etc.

 *La construction de ce travail nous a également amenées à prendre plus de recul par rapport à nos pratiques antérieures.* 

L'ajout de l'hypnose nous a également semblé être un atout considérable. L'utilisation d'une approche non directive telle que celle-ci a permis, avec l'accompagnement bienveillant du thérapeute, d'aborder la personne dans une dimension globale, de faire émerger rapidement les éléments en lien avec sa problématique et de lui permettre de trouver elle-même des éléments de résolution, renforçant ainsi son action personnelle et améliorant certains éléments relatifs à son identité (confiance, estime et affirmation de soi).

CONCLUSION

Cette expérience nous a permis d'objectiver les bénéfices de l'association de différentes approches et de remplir nos objectifs initiaux à savoir la réduction des troubles attentionnels au quotidien, le transfert des acquis à la vie quotidienne et la meilleure gestion de l'anxiété. L'ouverture de notre pratique à d'autres populations telles que celle des patients cérébrolésés présentant des troubles attentionnels ainsi que des problématiques anxieuses

associées serait également envisageable, de même que la possibilité de l'introduire à une démarche d'éducation thérapeutique du patient. Enfin, nous poursuivrons ce travail avec de nouveaux groupes avec pour objectif principal de toujours nous adapter et de sans cesse faire évoluer notre pratique pour être au plus proche des besoins des patients, de l'avancée des connaissances scientifiques et de nos compétences de psychologues spécialisées en neuropsychologie.

Références

- Beck, A, Steer, R. et Brown, G. (1996). *BDI-II, Inventaire de dépression de Beck (2^{nde} édition)*. Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, E. et Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22(5-6), 486-499.
- Belleville, S., Hudon, C., Bier, N., Brodeur, C., Gilbert, B., Grenier, S., Ouellet, M. C., Viscoglioni, C. et Gauthier, S. (2018). MEMO+: efficacy, durability and effect of cognitive training and psychosocial intervention in individuals with mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 655-663.
- Bioy, A. et Célestin-Lhopiteau, I. (2014). *Aide-mémoire – Hypnothérapie et hypnose médicale – en 57 notions*. Dunod.
- Boujut, A. et Belleville, S. (2019). Où en est-on avec les programmes d'interventions cognitives pour les personnes âgées? *Revue de neuropsychologie*, 11(1), 60-69. <https://doi.org/10.1684/nrp.2019.0488>
- C3RP (2016). Remédiation neurocognitive > CRT. Repéré le 03 avril 2020 à <https://c3rp.fr/remediation-neurocognitive/#CRT>
- Delahunty, A. et Morice, R. (1993). *The Frontal Executive Program. A Neurocognitive Rehabilitation Program for Schizophrenia, Revised Edition*. New South Wales Department of Health, Albury, NSW, Australia.
- Delahunty, A., Reeder, C. et Wykes, T. (2002). *Revised cognitive remediation therapy manual*. Institute of Psychiatry, London.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: Sixteen, 5 or 3? – Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and individual differences*, 12(8), 773-790.
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R. et Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336-353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Fernández-Calvo, B., Contador, I., Ramos, F., Olazarán, J., Mograbi, D. C. et Morris, R. G. (2015). Effect of unawareness on rehabilitation outcome in a randomised controlled trial of multicomponent intervention for patients with mild Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation*, 25(3), 448-477. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.948461>
- Geda, Y. E., Smith, G. E., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Tangalos, E. G., Ivnik, R. J., Mrazek, D. A., Edland, S. D. et Petersen, R. C. (2004). De novo genesis of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment (MCI). *International Psychogeriatrics*, 16(1), 51-60.
- Glasgow, R. E., Zeiss, R. A., Barrera Jr, M. et Lewinsohn, P. M. (1977). Case studies on remediating memory deficits in brain-damaged individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 1049-1054.
- Guilé, J. M. (2004). Les troubles attentionnels avec hyperkinésie: le dialogue entre psychothérapie et sciences cognitives est-il possible? *Neuropsychiatrie De L'enfance Et De L'adolescence*, 52, 510-514. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.07.002>

- Hanus, M. et Louis, O. (2010). *Psychiatrie pour l'étudiant*. Maloine.
- HAS (2018). *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée*. Repéré le 03 avril 2020 à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
- Huntley, J., Gould, R., Liu, K., Smith, M. et Howard, R. (2015). Do cognitive interventions improve general cognition in dementia? A meta-analysis and meta-regression. *BMJ open*, 5, e005247. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005247>
- Joosten-Weyn Banningh, L. W. A., Kessels, R. P. C., Olde Rikkert, M. G. M., Geleijns-Lanting, C. E. et Kraaimaat, F. W. (2008). A cognitive behavioural group therapy for patients diagnosed with mild cognitive impairment and their significant others: feasibility and preliminary results. *Clinical Rehabilitation*, 22(8), 731-740. <https://doi.org/10.1177/0269215508090774>
- Landouer, T. K. et Bjork, R. A. (1978). Optimum rehearsal patterns and name learning. Dans: K.-M. Gruneberg, P. E. Morris et R. N. Sykes (dir.), *Practical aspects of memory* (p. 625-632). Academic Press.
- Lepège, A., Perret-Guillaume, C., Ecosse, E., Hervy, M.-P., Ankri, J. et von Steinbüchel, N. (2013). Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées: Le WHOQOL-OLD version française. *La Revue de Médecine Interne*, 34(2), 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.07.011>
- Levine, B., Robertson, I., Clare, L., Carter, G., Hong, J., Wilson, B., Duncan, J. et Stuss, D. (2000). Rehabilitation of executive functioning: An experimental-clinical validation of Goal Management Training. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6(3), 299-312. <https://doi.org/10.1017/S1355617700633052>
- Li, X. X. et Li, Z. (2018). The impact of anxiety on the progression of mild cognitive impairment to dementia in Chinese and English data bases: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 131-140. <https://doi.org/10.1002/gps.4694>
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I. et Nelis, D. (2014). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.
- Monastero, R., Mangialasche, F., Camarda, C., Ercolani, S. et Camarda, R. (2009). A systematic review of neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 18(1), 11-30. <https://doi.org/10.3233/JAD-2009-1120>
- Perrotin, A. et Isingrini, M. (2010). La métamémoire et sa fonction de monitoring dans le vieillissement normal et dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de neuropsychologie*, 2(4), 299-309.
- Rozzini, L., Chilovi, B. V., Bertoletti, E., Conti, M., Delrio, I., Trabucchi, M. et Padovani, A. (2008). Mild parkinsonian signs and psycho-behavioral symptoms in subjects with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 86-95. <https://doi.org/10.1017/S1041610207006163>
- Seron, X. et Van der Linden, M. (2016). *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte, Tome 2 – Revalidation*. De Boeck / Solal.
- Smaga, D., Cheseaux, N., Forster, A., Colombo, S., Rentsch, D. et de Tonnac, N. (2010). L'hypnose et les troubles anxieux. *Revue médicale suisse*, 6, 330-333.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. et Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Van der Linden, M. et Juillerat Van der Linden, A.-C. (2014). L'évaluation neuropsychologique dans la démence: un changement d'approche. Dans: M. Van der Linden et X. Seron (dir.), *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte, Tome 1 – Evaluation* (p. 575-598). De Boeck / Solal.
- Wilson, C. et Robertson, I. H. (1992). A home-based intervention for attentional slips during reading following head injury: A single case study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 2(3), 193-205. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf

« Le PASA joue le jeu » : observation du bénéfice d'un atelier théâtre comme thérapie non médicamenteuse dans les maladies neurodégénératives

Gilonne MARCHAND

Psychologue clinicienne, Centre Hospitalier Jean Pagès, Luynes (37), France

Alix LAUNAY

Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Centre Hospitalier Jean Pagès, Luynes (37), France

Contact

Alix LAUNAY

alix.launay@chluynes.fr

Centre Hospitalier Jean Pagès,
28 avenue du Clos Mignot, 37230 Luynes

Mots-clés

- Maladie neurodégénérative
- Théâtre
- Comportement
- Thérapie non médicamenteuse
- PASA

Conflits d'intérêts

Les autrices déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Marchand, G. et Launay, A. (2020). Le PASA joue le jeu : observation du bénéfice d'un atelier théâtre comme thérapie non médicamenteuse dans les maladies neurodégénératives. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 59-69.

Résumé

Dans le champ des maladies neurodégénératives, la notion d'apprentissage se perd sous le poids des troubles cognitifs. Les troubles du comportement émergent comme autant de réactions à un contexte plus difficile à appréhender par les patients. En EHPAD, les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés sont pensés comme des structures d'accueil visant à stimuler les fonctions cognitives préservées et canaliser les troubles du comportement. Le challenge consiste alors à penser des activités pouvant concerner le plus grand nombre, alors même que la littérature suggère de personnaliser au maximum les interventions cognitives. Pendant un an, les membres volontaires du PASA de l'EHPAD du Clos-Mignot de Luynes (37) ont participé à un projet innovant de création et d'interprétation d'une pièce de théâtre improvisée. Ce projet émane d'eux, dans le souci de l'équipe pluridisciplinaire de porter des ateliers dont le contenu fasse sens pour les résidents. Au fil des séances, les bénéficiaires se font sentir, sur le comportement d'abord, mais sur la cognition aussi, avec des effets d'apprentissage constatés.

INTRODUCTION

« Vieillir, c'est quand on dit "tu" à tout le monde et que tout le monde vous dit "vous" », écrivait Marcel Pagnol. Le vieillissement est un terme universel, qui apparaît connu par tous, et pourtant indéfinissable tant il a de facettes : sociales, biologiques, psychologiques... Dans nos sociétés occidentales, c'est une définition centrée sur le déclin qui apparaît dominante. Thorin-Trescases et al. (2010) propose de caractériser le vieillissement par « un déclin graduel des fonctions biologiques à la suite d'un dysfonctionnement progressif des différents systèmes cellulaires de réparation et de maintien de l'homéostasie ». Il aurait pour conséquence un affaiblissement des fonctions et des performances ainsi qu'une perte des capacités d'adaptation de l'individu. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations pathologiques. Pour autant, ces changements entraînent une modification des rôles, des positions sociales et demande également de faire face à différentes pertes (travail, proches...) (OMS, 2016).

Cette vision « par pertes » peut paraître contradictoire avec la notion d'apprentissage. Pourtant la littérature récente sur le vieillissement fait un état des lieux bien plus hétérogène – et rassurant ! – des modifications du fonctionnement cognitif. Collette (2019) parle notamment de processus adaptatifs, tant cognitifs que neurobiologiques, faisant le lit d'un vieillissement cognitif optimal. Les capacités d'apprentissage perdurent dans le vieillissement, grâce aux supports des fonctions cognitives préservées, de la plasticité cérébrale, et de notre expérience de vie.

Dans le cadre d'une maladie neurodégénérative (MND), cet équilibre adaptatif est mis à rude épreuve par l'émergence de phénomènes physiopathologiques associés à une altération des fonctions supérieures. Or, en France, le taux de prévalence des troubles neurocognitifs chez les plus de 65 ans est estimé de 20 à 43/1000 patients, et elle augmente avec l'âge (276/1000 patients âgés de 85 à 89 ans) (Rochoy et al., 2019). De plus, les auteurs estiment ce taux possiblement biaisé par un phénomène de sous-diagnostic. Pourtant, l'impact des MND est documenté, à la fois en vie quotidienne (Green et al., 1999) et sur la hausse des décisions d'institutionnalisation (Balasteri et al., 2000). En cause, l'incidence des troubles cognitifs sur l'autonomie, mais aussi l'émergence de symp-

tômes psychocomportementaux associés à la démence (SPCD).

TROUBLES DU COMPORTEMENT DANS LE CADRE DES MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES (SPCD)

Le comportement peut être défini comme « l'ensemble des réactions, observables objectivement, d'un organisme qui agit en réponse à une stimulation venue de son milieu intérieur ou de son milieu extérieur » (HAS, 2009).

Un trouble du comportement supposerait la présence de « réactions inadaptées ou inattendues à une stimulation » (HAS, 2009). Aalten et al. (2007) ont identifié quatre sous-groupes de SPCD :

- Les symptômes psychotiques : parmi lesquels nous retrouvons les hallucinations (visuelles, auditives...) et les idées délirantes ;
- Les symptômes d'hyperactivité : l'agitation (avec ou sans agressivité), l'euphorie, la désinhibition, l'instabilité de l'humeur, les comportements moteurs aberrants. Ils constituent, avec les symptômes psychotiques, les comportements ciblés comme perturbateurs dans le plan Alzheimer 2008-2012 ;
- Les symptômes affectifs : à savoir la dépression et l'anxiété ;
- L'apathie.

Il est aujourd'hui reconnu qu'il y a une place pour les troubles du comportement aux côtés des troubles cognitifs et neurologiques dans les MND (HAS, 2009). Les SPCD chez la personne âgée peuvent se définir comme des conduites et des attitudes inadaptées aux lieux et aux situations en référence aux normes culturelles communément admises (Ohnen, 2002).

Les SPCD auraient probablement une origine multifactorielle : environnementale, systémique, somatique, dus à la personnalité, ou à la maladie elle-même (David et al., 2010). Dans la plupart des cas, les troubles ont un but (plus ou moins difficile à déchiffrer pour les soignants). Il semble donc important de rechercher les facteurs déclenchants et/ou entretenant ces troubles. La découverte d'un élément susceptible d'être à l'origine d'un trouble du comportement, ne doit pas être considérée comme l'origine exclusive du ou des troubles (Pradines, 2008). D'autant plus qu'avec l'avancée en âge

s'ajoutent la désafférentation sensorielle, les douleurs, les troubles moteurs, comme facteurs aggravants les SPCD. Par exemple, une altération de la vision ou de l'audition est souvent génératrice d'anxiété du fait d'une difficulté d'appréciation de l'environnement dans lequel le malade évolue (Pradines, 2008).

THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES DANS LES MALADIES NEURO- DÉGÉNÉRATIVES

La gravité et le retentissement des SPCD sur la qualité de vie des personnes malades et de leurs aidants imposent un accompagnement. Les recommandations de l'HAS (2009) prévoient le déploiement de thérapies non médicamenteuses (TNM) en première intention face aux troubles. Elles ont pour objectif d'améliorer, de maintenir ou bien de ralentir le déclin des capacités cognitives et comportementales. Les TNM ont également pour but de favoriser le bien-être avec un environnement sûr, ritualisé, étayant et accueillant pour pallier aux facteurs déclenchants ou entretenant les SPCD. Il s'agit d'interventions sur la qualité de vie, sur la communication, sur la cognition (stimulation ou intervention cognitive), sur la remédiation (usage d'outil externe de compensation), sur la stimulation sensorielle, sur l'activité motrice, sur les activités occupationnelles.

Pour les patients résidant en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), la mesure 26 du plan MND 2014-2019 poursuit le déploiement d'un dispositif spécifique à l'accompagnement des SPCD (amorcé par la mesure 16 du Plan Alzheimer 2008-2012). Les Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) découlent de cette mesure. Il s'agit de lieux d'accueil de jour pour les résidents d'EHPAD présentant des troubles cognitifs. Quatorze personnes y sont accueillies chaque jour. Les PASA se fixent pour objectif de recréer des moments « comme à la maison ». Concrètement, il s'agit de stimuler la mémoire, les fonctions cognitives, d'aider les résidents à mieux s'orienter, tout en favorisant les relations sociales et la valorisation de l'estime de soi. Les résidents sont encadrés par une équipe pluridisciplinaire (comprenant a minima un assistant en soin gériatrique, un aide-soignant, un cadre de l'unité, un psychologue, un ergothérapeute et un médecin référent) (ANESM, 2016).

Si le circuit des bonnes pratiques est bien codifié (TNM en première intention, recours à la médication en cas d'échec), le concept de thérapie non médicamenteuse reste donc encore une grande nébuleuse dans laquelle s'entrecroisent des accompagnements au domicile ou en structure, seul ou en groupe, avec des bénéfices thérapeutiques qui restent encore souvent à démontrer, tant sur le plan cognitif que comportemental.



Les structures de type PASA ont une réflexion à porter sur leur pratique pour donner du sens à leur démarche thérapeutique.



Les données récentes établies à l'aide de l'analyse des données de la cohorte ETNA 3 (Amieva et al., 2016) mettent en exergue qu'entre toutes les différentes formes de thérapies non médicamenteuses proposées au domicile, les bénéfiques les plus probants émergent auprès des patients ayant bénéficié d'un accompagnement individuel (plutôt que groupal) et personnalisé (plutôt qu'un entraînement cognitif sur un matériel non personnalisé à la demande propre du sujet). En particulier, les patients ont pu apprendre de nouvelles procédures pour réaliser des projets qui ont du sens pour eux. Si cela donne des pistes intéressantes pour l'accompagnement des personnes au domicile, les structures de type PASA ont une réflexion à porter sur leur pratique pour donner du sens à leur démarche thérapeutique.

ÉMERGENCE DU PROJET THÉÂTRE

Il apparaît spontanément paradoxal d'appliquer le concept d'accompagnement individualisé sur une structure de type PASA qui, de facto, est pensée pour développer des activités de groupe. Pour autant, le choix de mettre en place un atelier théâtre sur le PASA de l'EHPAD de Luynes (Indre-et-Loire) n'a pas émergé d'une revue de littérature initiale mais au contraire d'une volonté verbalisée par les résidents membres du PASA eux-mêmes.

Depuis plusieurs années, et dans le but de diversifier ses prises en charge tout en touchant le plus grand nombre, l'équipe du PASA a choisi de monter, avec les résidents, des projets qui ont du sens pour eux, en les intégrant au choix et à la construction du projet (tous ensemble acteurs d'un

même projet) et en assurant des projets filants au cours de l'année, favorisant les mécanismes automatiques (s'appuyer sur les habitudes, les rituels, et ainsi permettre l'apprentissage par le biais de la mémorisation implicite). Ce mode d'intervention a été retenu sur la base de deux postulats :

- Les entraînements longs, adaptatifs, avec des répétitions ont tendance à produire des transferts plus larges (Kelly et al., 2014) ;
- Un engagement élevé dans des activités cognitives permet de limiter le déclin cognitif associé au vieillissement normal ou pathologique en augmentant ou maintenant la réserve cognitive (hypothèse « use it or lose it », Salthouse, 2006).

Si le choix du théâtre émerge d'abord d'une volonté éthique « d'individualiser l'intervention groupale », elle apparaît également cohérente dans son aspect multi-modulaire : cette discipline mobilise précisément le corps, les relations sociales, et l'esprit (Ergis, 2014), permettant une stimulation à la fois cognitive, affective, sensorielle et motrice. Jouer, bouger, se mobiliser, se déguiser, participent à reprendre conscience de soi. Par la réappropriation de son corps, les souvenirs liés aux habitudes et aux rites ressurgissent. Le jeu de scène, la créativité, l'imagination sont plaisirs et autorisent l'émergence des émotions. Les scènes se rejouent, s'affinent, ce qui aide les acteurs à se souvenir de leur rôle, de leurs déplacements. La motivation, l'émotion, le sentiment d'appartenance à un projet commun facilitent la mémorisation (Goury-Meyer, 2012). Le théâtre est un jeu de scène basé sur la comédie, la créativité. La participation au projet théâtre offre de plus aux résidents la possibilité de trouver une place au sein d'un groupe. Ils sont reconnus en tant qu'acteurs, ce qui donne un rôle social à chacun et renvoie une image positive de la part des autres et de soi-même (Goury-Meyer, 2012).

De manière générale, les données récentes concernant les ateliers d'art-thérapie pensés comme TNM sont prometteuses. Pongan et al. (2017) montrent que la pratique de la chorale ou de la peinture a des effets sur la douleur chronique, les troubles du comportement (notamment l'anxiété) et la cognition (notamment l'inhibition et la mémoire de travail). En outre, des effets différenciés ont été observés. L'atelier « chorale » présente des effets supérieurs sur les capacités mnésiques antérogrades verbales. L'atelier « peinture » présente quant à lui des effets plus saillants sur l'amélioration de l'humeur.



Si le choix du théâtre émerge d'abord d'une volonté éthique « d'individualiser l'intervention groupale », elle apparaît également cohérente dans son aspect multimodulaire.



Concernant plus spécifiquement le théâtre, les données de littérature sont plus rares. Gerber (2016) met en évidence chez les sujets sains des effets sur la vitesse de traitement et un maintien de l'efficacité cognitive globale, sans pouvoir confirmer si cet effet est relatif à la pratique du théâtre ou d'un atelier de stimulation de manière générale. En maison de repos, Noice et Noice (2006) obtiennent des résultats similaires auprès de sujets âgés ne présentant pas de trouble cognitif. À notre connaissance, il n'existe pas de données dans le vieillissement pathologique, susceptibles de confirmer l'intérêt de l'usage du théâtre comme thérapie non médicamenteuse applicable en PASA.

Au regard des données de la littérature que nous venons d'exposer, des recommandations actuelles de l'HAS en termes de TNM, et dans l'optique de penser une méthode thérapeutique qui puisse être personnalisée au désir de chacun au sein du groupe, nous avons mis en place un protocole visant le déploiement d'ateliers théâtre au sein d'un PASA. Cet atelier doit répondre aux critères de thérapie non médicamenteuse exploitable en PASA, en permettant une canalisation des SPCD.

MÉTHODOLOGIE

« *Le PASA joue le jeu* » est un projet inédit monté en 2018 sur l'EHPAD de Luynes. Il mêle la création, la mise en scène et l'interprétation d'une pièce de théâtre. Les acteurs sont des résidents de l'EHPAD volontaires et recrutés au sein du PASA.

L'équipe du projet théâtre est pluridisciplinaire (aide-soignant, assistant en soin gériatrique, intervenant théâtre, psychologues spécialisés en psychopathologie et neuropsychologie, ergothérapeute, éducateur APA, bénévoles et animatrice) afin que chaque professionnel, en fonction de ses spécialités, puisse apporter ses compétences et son regard.

Concrètement, les résidents ont travaillé sur la conception et l'interprétation d'une pièce de théâtre de 45 minutes se fondant sur le thème de la vie en institution. Pour ce faire, des ateliers théâtres sont

proposés tous les 15 jours pendant 10 mois (toutes les semaines sur les deux derniers mois, deux fois par semaine sur les 15 derniers jours). L'intérêt est de travailler ensemble autour du jeu scénique, du mime, de l'improvisation. Puis, progressivement, le travail s'oriente vers la création, la mise en scène et la répétition de la pièce qui sera jouée en fin d'année 2018. Il n'y a aucun texte à apprendre : les dialogues sont improvisés. Les contenus des scènes sont ritualisés pour assurer une trame narrative commune entre les répétitions (mêmes informations de lieux, de contexte, de moment de la journée donnés oralement et illustrées par les décors). Le visionnage de spectacles de théâtre en salle est également prévu afin d'entraîner le jugement esthétique, la créativité, et de contextualiser le projet dans une vision artistique plus large.

En marge des ateliers théâtre, l'équipe du PASA propose des ateliers autour de l'histoire du théâtre à travers les différentes époques autour de temps d'échanges et de réminiscences à partir d'images. En parallèle, des ateliers de déplacement scénique ont été mis en place, ayant pour objectif un travail sur la gestion et l'appropriation de l'espace sur la scène.

PARTICIPANTS

Tous les participants sont des résidents de l'EHPAD «Le Clos Mignot» du Centre Hospitalier de Luynes (37). Cette étude porte sur une population totale de 26 personnes, remplissant les critères de prise en soins au sein d'un PASA (troubles cognitifs dans le cadre d'une Maladie Neurodégénérative, troubles du comportement objectivés au NPI et critères de mobilité). Nos participants ont été répartis en 3 groupes, détaillés dans le Tableau 1.

Premier groupe «Théâtre»	Deuxième groupe «Autres Ateliers»	Troisième groupe «Sans PASA»
Bénéficie d'une prise en soins PASA	Bénéficie d'une prise en soins PASA avec d'autres médiations	Ne bénéficie pas d'une prise en soins au PASA
12 résidents	9 résidents	5 résidents
87,61 ans (ET 5,74)	88,89 ans (ET 5,92)	93 ans (ET 4,8)

Tableau 1. Récapitulatif des trois groupes de l'étude

ÉVALUATION ET SUIVI

Pour les 3 groupes, sont relevés, à l'inclusion, à 6 mois, et à la fin de l'atelier théâtre (1 mois après la représentation) :

- Le score d'efficacité global évalué avec le *Mini Mental State (GRECO, 1999)*. L'échelle est composée de 30 items. Chaque item réussi engendre 1 point.
- Le score total et le score aux sous-échelles de *L'Inventaire NeuroPsychiatrique – version équipes soignantes (NPI-ES) (Sisco et al., 2000)*. Il s'agit d'un outil déployé sur les EHPAD pour recueillir et quantifier les troubles psychocomportementaux, en détaillant leur fréquence et leur gravité. Le score est obtenu en additionnant tous les résultats recueillis auprès des 10 dimensions comportementales. En particulier, nous nous intéresserons à observer comment évoluent les troubles qui étaient présents à l'inclusion.

Pour le groupe «Théâtre», une grille d'observation par résident a pu être réalisée et est à remplir à l'issue de chaque séance d'atelier théâtre par l'ensemble des professionnels présents lors de la séance. Cette grille a été construite spécifiquement pour les besoins de cet atelier. Elle permet de renseigner, pour chaque atelier, des détails psychoaffectifs, relationnels, cognitifs, et de suivre l'évolution de ceux-ci dans le temps. Elle est inspirée de la grille proposée par Goury-Meyer (2012) dans le cadre des suivis d'ateliers mémoires en institution. Cette grille a surtout servi, au cours de l'organisation, pour cibler les évolutions comportementales par résidents, et favoriser une stimulation personnalisée. Chaque utilisateur a pu se l'approprier de façon différenciée, ce qui n'a pas permis par la suite d'en tirer une analyse statistique.

RÉSULTATS DESCRIPTIFS

CONCERNANT LES TROUBLES PSYCHOCOMPORTEMENTAUX

Les observations concernant les différents sous-domaines de l'échelle d'Inventaire Neuropsychiatrique NPI suggèrent, chez nos résidents participant à l'atelier théâtre, une prédominance initiale des troubles du comportement de type anxiété, dépression, apathie et irritabilité (cf. Figure 1). Pour

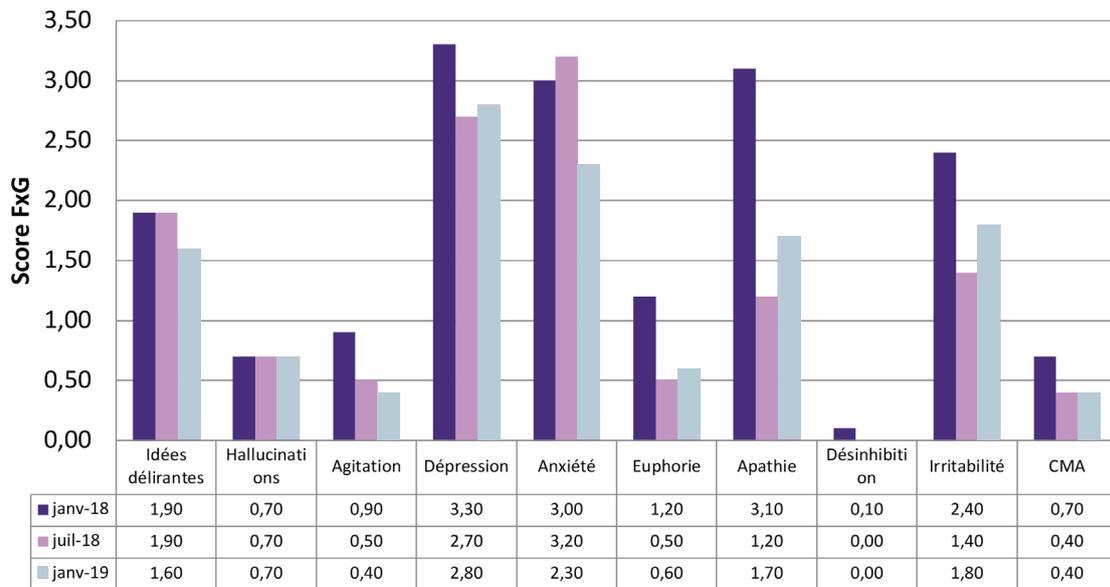


Figure 1. Moyennes des scores FxG aux sous-domaines du NPI-ES pour le groupe «Théâtre» à l'inclusion, 6 mois après le début des ateliers, et 1 mois après la fin des ateliers.

l'ensemble de ces sous-dimensions, il est constaté une amélioration du score 6 mois après le début de l'accompagnement, excepté pour l'anxiété, dont le score est relativement stable.

Après la fin des ateliers, les scores moyens aux sous-dimensions se rehaussent mais restent cependant inférieurs aux scores observés initialement. Là encore, une exception est observée pour le score moyen au sous-domaine anxiété, qui s'améliore à la fin de l'étude (Cf. Figure 1).

La taille particulièrement restreinte de nos groupes comparatifs ne nous permet pas une comparaison, même descriptive de moyennes. En effet, les moyennes générales des scores au NPI-ES sont très différentes (cf. Figure 2), avec des profils d'évolution où la moyenne est parfois biaisée par l'évolution d'un individu unique. En outre, les scores pour chaque sous-domaine ne concernent parfois qu'à peine plus d'un ou deux sujets (les autres sujets du groupe ne présentant pas nécessairement ce trouble).

EFFICIENCE COGNITIVE GLOBALE

Nous pouvons observer, chez nos résidents bénéficiant des ateliers théâtre, un maintien du score au MMS sur l'année. La moyenne augmente même de 0.87 points sur les 6 derniers mois. La comparaison aux autres groupes a peu de valeurs puisque

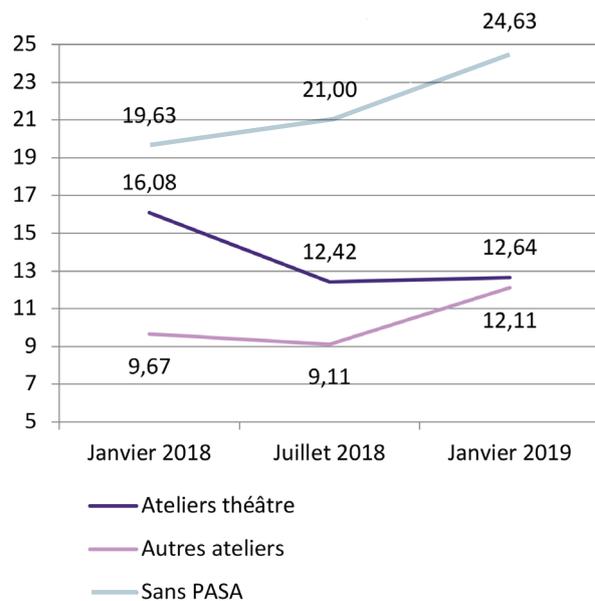


Figure 2. Moyennes des scores totaux au NPI-ES pour les 3 groupes à l'inclusion, 6 mois après le début des ateliers, et 1 mois après la fin des ateliers.

le score moyen de notre groupe «Théâtre» est supérieur, dès le début de l'étude, à celui des autres groupes. Toutefois, il est à noter que les scores d'efficacité cognitive paraissent assez stables dans l'ensemble des groupes (cf. Figure 3).

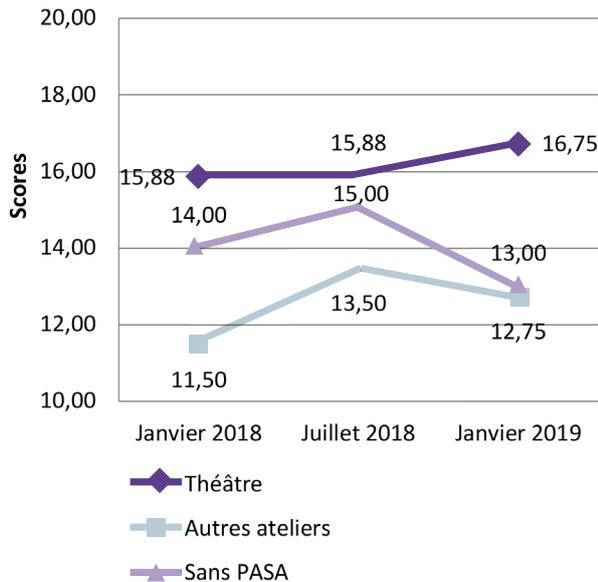


Figure 3. Moyennes des scores au MMS pour les 3 groupes à l'inclusion, 6 mois après le début des ateliers, et 1 mois après la fin des ateliers.

Qualitativement, pour chaque patient du groupe « Théâtre », la grille d'observation semble montrer, à des degrés divers chez chaque individu, et à plus ou moins brève échéance du début de l'atelier :

- Une ouverture au sein du groupe, avec l'émergence de dialogues facilités entre les résidents, une prise plus spontanée d'initiatives dans l'échange, et un épanouissement observé par l'équipe voire verbalisé par le résident ;
- Un développement des capacités de mémoire de travail par une prise en compte du discours et du comportement postural des autres membres du groupe en cours de jeu de rôle ;
- Des possibilités d'apprentissage à long terme avec la réutilisation de certains dialogues ou postures, la prise en compte de consignes répétées, ou encore l'appropriation et la réutilisation à bon escient de certaines saynètes initiées d'abord par d'autres membres du groupe dans d'autres parties de la pièce.

DISCUSSION

Pour rappel, notre étude émerge d'une part de la nécessité rappelée par l'HAS de penser des mé-

thodes thérapeutiques non médicamenteuses en première intention dans le traitement des SPCD, et d'autre part du désir de proposer aux résidents du PASA des thématiques de travail qui leur font sens, en les gardant décisionnaires et acteurs du projet qu'ils sont amenés à porter.

Les résidents du PASA ayant émis le souhait de travailler sur la conception d'une pièce de théâtre, nous nous sommes donc intéressés au bénéfice de ce type ateliers afin de voir s'ils présentaient une réduction de l'impact de leurs troubles psychocomportementaux.

L'observation des scores au NPI montre globalement une baisse de la fréquence et de la gravité des troubles lors des ateliers. Ces données sont corroborées à celles de la grille d'observation, qui tend à pointer l'augmentation progressive des comportements prosociaux et de la participation au fil des ateliers. Nos analyses sont strictement descriptives, en raison du faible nombre de résidents, et du caractère très exploratoire de notre étude. Dans ce contexte, il nous est difficile actuellement de déterminer si les améliorations comportementales sont significativement dues à l'atelier théâtre en tant que tel, au fait d'avoir été acteur et porteur du projet (avec toute la valorisation qu'il peut en incomber), ou plus simplement au fait d'avoir bénéficié d'une activité de groupe fédératrice tout au long de l'année. Il pourrait être pertinent d'étudier ces effets différentiels auprès de groupes plus importants, pour permettre des analyses plus approfondies. Néanmoins, d'un point de vue fonctionnel, le rôle du PASA de canaliser les troubles psychocomportementaux a pu être rempli par le biais de cet atelier. En cela, il paraît important d'encourager le développement de telles initiatives sur des structures dont l'objectif est de proposer des TNM.

Un profil d'évolution atypique est observé concernant l'anxiété, qui semble stable à 6 mois, et s'améliore à distance. Un effet de la taille du groupe, ou encore une confusion, dans la cotation entre les critères anxiété et dépression (assez semblables dans le NPI-ES) ont pu biaiser le recueil de données. On peut aussi imaginer que porter un tel projet ne réduit pas immédiatement l'anxiété. Au contraire, les personnalités les plus anxieuses peuvent se montrer préoccupées par la succession des répétitions et l'approche de la représentation. Toutefois, à distance de la représentation, le bénéfice de la représentation est constaté, avec, de manière infor-

melle, des témoignages en faveur d'une augmentation de l'estime de soi. Certains résidents expriment spontanément leur fierté d'avoir joué devant leur famille, ou d'avoir acquis un statut social au sein de la structure où d'autres résidents les reconnaissent comme les acteurs de la troupe.

Parallèlement, les effets de la médiation apparaissent marqués en ce qui concerne l'apathie. Il a pu être observé une réduction des scores de fréquence et de gravité sur cette dimension qui est plus importante encore que pour toutes les autres dimensions. Dans l'étude épidémiologique de David et al. (2010), l'apathie est précisément ciblée comme le trouble du comportement à plus forte prévalence dans les MND. Il concerne 47,9 % des patients présentant une altération cognitive légère (MMS entre 21 et 30) et 63,5 % des patients présentant une altération cognitive modérée (MMS entre 10 et 20). Il convient dans ce contexte de se prémunir d'outils thérapeutiques susceptibles d'avoir un impact sur l'apathie. Il pourrait être pertinent de s'interroger plus spécifiquement sur la relation entre l'apathie et le théâtre. Postec (2013) définit l'apathie comme un syndrome clinique distinct de la dépression, défini par des critères précis objectivant une baisse durable de la motivation associée à une réduction des comportements, de la cognition et des émotions spontanées ou réactionnelles aux stimuli externes. Nous pouvons alors supposer que la pratique de l'atelier théâtre permette de contrer les versants émotionnels, cognitifs et comportementaux de l'apathie de manière plurielle. Le choix de l'improvisation, de les rendre créateurs de la pièce les a rendus initiateurs du projet, favorisant ainsi la motivation comportementale. Les stimulations sensori-motrices suscitées par le théâtre ainsi que l'appartenance à un groupe, reconnu socialement dans l'institution comme « la troupe de l'EHPAD » a pu réinstaurer un rapport affectif à l'environnement. Enfin, nous pouvons proposer que la stimulation cognitive dans un cadre ritualisé (mêmes lieux, mêmes personnes, même décor de scène, même synopsis) a favorisé l'émergence d'un entraînement cognitif.

Justement, concernant le fonctionnement cognitif, le score d'efficacité cognitive globale au MMS est sans surprise peu contributif. Nous observons un maintien du score dans le temps, comme le suggère la littérature (Gerber, 2016 ; Noice et Noice, 2006). Néanmoins, nous observons ce maintien chez nos groupes contrôles, et pouvons critiquer leur

non homogénéité. Par contre, il ressort de nos grilles d'observation des possibilités d'apprentissage à long terme ainsi que des dialogues de plus en plus affûtés sur les échanges sur scène, alimentés par le souvenir de sketches joués les semaines précédentes, ou par des éléments parfois en lien avec leur vécu propre. À titre d'exemple, au fil des semaines, le nom d'un restaurant gastronomique régional a émergé lors d'une de leur scène d'improvisation, alimenté par les souvenirs de ceux qui ont connu ce restaurant, repris ensuite dans le discours de certains résidents qui n'avaient jamais entendu parler de ce restaurant, mais qui ont progressivement intégré cet élément inattendu à la trame narrative de la pièce.

Les possibilités d'apprentissage offertes par la pratique du théâtre d'improvisation peuvent être pensées comme multiples. Tout d'abord, le fait même d'imaginer une histoire, de la construire en groupe, et de la maintenir dans le temps jusqu'à être en mesure de la jouer devant un public constitue déjà un exercice de mémoire. Le groupe d'acteurs ainsi que le cadre, offert par les décors, et les éventuels indices externes (présence en coulisse ou parfois sur scène des intervenants, antisèches laissées à des endroits stratégiques lorsque la trame narrative exige une action vraiment précise...), ont probablement indicé la récupération des acteurs. Ils n'en restent pas moins, chacun dans leurs rôles, capables de jouer la comédie pour nourrir la narration.

Outre la création et la répétition de l'histoire, les acteurs ont également eu à « apprendre à être acteur ». Il s'agissait pour certains d'une toute première montée sur scène, c'est pourquoi les règles élémentaires du théâtre ont été apprises au cours des ateliers, et appliquées par le groupe avec une efficacité différentielle selon les acteurs : silence dans les coulisses, déplacements stratégiques sur la scène, écoute et prise en compte de ce que dit l'autre, se tourner face au public.

Au total, sans évolution évidente sur le plan de la mesure du MMS, chaque résident membre de la troupe de théâtre a été en mesure d'apprendre et de reproduire, à hauteur de ses possibilités, de façon à atteindre tous ensemble un objectif commun. Ce

Les possibilités d'apprentissage offertes par la pratique du théâtre d'improvisation peuvent être pensées comme multiples.

constat renvoie au sens même de la mémoire, dans ses conceptions fonctionnalistes les plus récentes. À titre d'exemple, Conway (2009) propose de ne pas considérer la mémoire en tant qu'espace de stockage de faits vécus et/ou appris, mais plutôt comme un système permettant de résoudre des situations en tenant compte de l'expérience vécue et des contingences de l'environnement. En conséquence, la mémoire constitue le support de notre construction identitaire propre. Dans cette perspective, Van der Linden (2018) propose d'ailleurs d'inspirer les méthodes d'intervention cognitive du concept de « réappropriation de soi » ou de « rétablissement » qui vise à permettre aux personnes de retrouver un sens à la vie, un bien-être, un pouvoir d'agir et un rôle social. Les cinq composantes-clés de la réappropriation de soi (composante relationnelle, projection dans le futur, sentiment d'identité, sens à la vie, et sentiment de contrôle de son existence), mises en exergue par Leamy et al. (cité par Van der Linden, 2018) ont pu être tout du moins approchées dans ce projet théâtre. La composante relationnelle, tout d'abord, par le biais de l'appartenance au groupe théâtre, reconnu dans la communauté de l'EHPAD. La composante de projection dans le futur, ensuite, par la perspective rappelée de la représentation, planifiée dès le début des ateliers. Le sentiment d'identité, par l'émergence de leur identité d'auteur, d'acteur, mais aussi la revalorisation de leur identité antérieure par le recours aux souvenirs anciens. Le sens à la vie a pu être symbolisé par la co-réalisation d'un projet qui tient au cœur de chacun des résidents. Enfin, le sentiment de contrôle de son existence a pu être réalisé par la notion de choix : choix du projet, choix d'en sortir, mais aussi d'y rester, sans jugement.

CONCLUSION

Le choix initial de proposer du théâtre aux résidents inscrits au PASA est venu à l'écoute de leur

parole, de leurs envies, de leurs désirs, de leurs souvenirs. Il s'inscrit dans une perspective éthique : celle de construire des projets pour et avec les résidents. Les effets spécifiques du théâtre dans les MND n'avaient, à notre connaissance, pas encore été explorés. En outre, le désir des résidents de créer leur propre pièce, compte tenu des troubles de mémorisation inhérents à la pathologie, nous ont poussé à faire le choix d'une pièce semi-improvisée. Les scènes suivent une trame narrative mais le contenu est improvisé, ce qui est plutôt novateur au regard de la littérature

Notre objectif était donc de proposer une thérapie non médicamenteuse nouvelle, tout en observant, de manière très exploratoire, les éventuels bénéfices de cette intervention, tout particulièrement sur les aspects comportementaux et cognitifs.

Les résultats indiquent une baisse de l'impact des SPCD initialement présentés par les résidents, particulièrement l'apathie. En outre, il est observé des effets d'apprentissage, que ce soit au niveau de la rétention de la trame narrative globale ou des règles spécifiques inhérentes au théâtre. Il est difficile à ce stade de déterminer si cet effet est significatif, et s'il est attribuable au théâtre en particulier, ou de manière plus générale à l'accompagnement pluridisciplinaire dans la mise en œuvre du projet du groupe de résidents. Pour autant ces premiers résultats sont très encourageants et incitent à approfondir les recherches dans le domaine du théâtre en particulier mais aussi dans celui des interventions cognitives que l'on pourrait qualifier d'intégratives, qui valorisent la notion de choix et de co-construction, avec le patient, de son projet thérapeutique.

Références

Aalten, P., Verhey, F. R., Boziki, M., Bullock, R., Byrne, E. J., Camus, V., Caputo, M., Collins, D., De Deyn, P. P., Elina, K., Frisoni, G., Girtler, N., Holmes, C., Hurt, C., Marriott, A., Mecocci, P., Nobili, F., Ousset, P. J., Reynish, E., Salmon, E., ... Robert, P. H. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium : part I. *Dementia and Geriatrics Cognitive Disorders*, 24(6), 457-463.

Amieva, H., Robert, P. H., Grandoulier, A.-S., Meillon, C., De Rotrou, J., Andrieu, S., Berr, C., Desgranges, B., Dubois, B., Girtanner, C., Joël, M.-E., Lavallart, B., Nourhashemi, F., Pasquier, F., Rainfray, M., Touchon, J.,

- Chêne, G. et Dartigues, J.-F. (2016). Group and individual cognitive therapies in Alzheimer's disease: the ETNA3 randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 28(5), 707-717. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001830>
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (2016). L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en pôle d'activité et de soins adaptés. Personnes âgées recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_pasa_16x24.pdf
- Balasteri, L., Grossberg, A. et Grossberg, D. T. (2000). Behavioral and psychological symptoms of dementia as a risk factor for nursing home placement. *International Psychogeriatrics*, 12, 59-62.
- Collette, F. (2019). Les modifications cognitives associées au vieillissement normal: d'une conception déficitaire à une vision de compensation. *Revue de Neuropsychologie*, 11(1), 23-25. <https://doi.org/10.1684/nrp.2019.0500>
- Conway, M. A. (2009). Episodic memories. *Neuropsychologia*, 47, 2305-2313.
- David, R., Mulin, E., Leine, E. et Robert, P. (2010). Les symptômes psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer. *Neurologie.com*, 2(7), 171-175. <https://doi.org/10.1684/nro.2010.0213>
- Ergis, A.-M. (2014). Théâtre et Mémoire. Dans H. Platel et C. Thomas-Antérion (dir.), *Neuropsychologie et art: théories et applications cliniques* (p. 275-281). De Boeck Université.
- Gerber, F. (2016). *Exploration d'une activité théâtre permettant le maintien des performances cognitives et langagières chez les personnes âgées vivant en maison de repos* [Mémoire de master inédit]. Université de Liège.
- Goury-Meyer, E. (2012). *Ateliers mémoire*. Phalente.
- Green, C. R., Marin, D. B., Mohs, R. C., Schmeidler, J., Aryan, M., Fine, E. et Davis, K. L. (1999). The impact of behavioural impairment of functional ability in Alzheimer disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 307-316
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2009). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. *Service des bonnes pratiques professionnelles*. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf
- Kelly, M. E., Loughrey, D., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., Walsh, C. et Brennan, S. (2014). The impact of cognitive training and mental stimulation on cognitive and everyday functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 15, 28-43.
- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014). Plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019. Repéré à https://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf
- Noice, T. et Noice, H. (2006). A theatrical intervention to improve cognition in intact residents of long term care facilities. *Clinical Gerontologist Journal*, 29(3), 59-75.
- Ohnen, S. H. (2002). Troubles psychocomportementaux du sujet âgé, aspects cliniques. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 2.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Repéré à <http://www.who.int/iris/handle/10665/206556>
- Pongan, E., Tillmann, B., Leveque, Y., Trombert, B., Getenet, J.-C., Auguste, N., Dauphinot, V., El Haouari, H., Navez, M., Dorey, J.-M., Krolak-Salmon, P., Laurent, B., Rouch, I. et LACMÉ Group (2017). Can Musical or Painting Interventions Improve Chronic Pain, Mood, Quality of Life, and Cognition in Patients with Mild Alzheimer's Disease? Evidence from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Alzheimer's disease*, 60(2), 663-677.
- Postec, C. (2013). Apathie: point sur un syndrome psychogériatrique incontournable. *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 13(75), 159-165.
- Pradines, B. (2008). Symptômes psycho-comportementaux au cours des démences chez la personne âgée. Repéré à http://www.arom-age.info/pages/Symptomes_psychocomportementaux_au_cours_des_demences_chez_la_personne_agee-1570213.html
- Rochoy, M., Chazard, E. et Bordet, R. (2019). Épidémiologie des troubles neurocognitifs en France. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 17(1), 99-105.

Salthouse, T. A. (2006). Mental exercise and mental aging evaluating the validity of the « use it or lose it » hypothesis. *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 68-87.

Sisco, F., Taurel, M., Lafont, V., Bertogriati, C., Baudu, C., Giordana, J.-Y., Braccini, T. et Robert, P. H. (2000). Troubles du comportement chez les sujets déments en institution: évaluation à partir de l'inventaire Neuropsychiatrique pour les équipes soignantes. *L'Année Gériatrique*, 14, 151-171.

Thorin-Trescases, N., Voghel, G., Farhat, N., Drouin, A., Gendron, M. E. et Thorin, E. (2010). Age et stress oxydant, vers un déséquilibre irréversible de l'homéostasie endothéliale. *Médecine/Sciences*, 26(10), 875-880.

Van der Linden, M. (2018). Pour une neuropsychologie clinique intégrative et centrée sur la vie quotidienne. *Revue de Neuropsychologie*, 10, 41-46.

La « GERIA-12 » pour évaluer la mémoire épisodique verbale chez la personne âgée : retour d'expérience et perspectives

Muriel VANDENBERGUE

Service de Gériatrie, Hôpital Érasme,
Université Libre de Bruxelles, Bruxelles,
Belgique

Service de Neuropsychologie
Clinique et Cognitive, Hôpital Érasme,
Université Libre de Bruxelles,
Bruxelles, Belgique

Unité de Recherches en Neuropsychologie
et Imagerie Fonctionnelle (UR2NF),
Centre de Recherches en Cognition
et Neurosciences (CRCN),
Institut des Neurosciences de l'ULB,
Université Libre de Bruxelles,
Bruxelles, Belgique

Valérie VANDERASPOILDEN

Unité de Recherches en Neuropsychologie
et Imagerie Fonctionnelle (UR2NF),
Centre de Recherches en Cognition
et Neurosciences (CRCN),
Institut des Neurosciences de l'ULB, Université
Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

Service de Revalidation neurologique,
CHU-Brugmann, Bruxelles, Belgique

Thierry CLAES

Unité de Recherches en Neuropsychologie
et Imagerie Fonctionnelle (UR2NF),
Centre de Recherches en Cognition et
Neurosciences (CRCN),
Institut des Neurosciences de l'ULB,
Université Libre de Bruxelles, Bruxelles,
Belgique

HIS – Hôpital Molière, Bruxelles

Patrick FERY

Service de Neuropsychologie Clinique et Cognitive,
Hôpital Érasme, Université Libre de Bruxelles, Bruxelles, Belgique

Unité de Recherches en Neuropsychologie et Imagerie Fonctionnelle
(UR2NF), Centre de Recherches en Cognition et Neurosciences (CRCN),
Institut des Neurosciences de l'ULB, Université Libre de Bruxelles,
Bruxelles, Belgique

Contact

Muriel VANDENBERGHE

muvdberg@ulb.ac.be

Mots-clés

- Normes
- Sujets âgés
- Mémoire épisodique
- Encodage-consolidation-récupération

Conflits d'intérêts

Les autrices et auteurs déclarent ne pas présenter de conflits d'intérêt.

Pour citer cet article

Vandenberghe, M., Vanderaspolden, V., Claes, T. et Fery, P. (2020). La « GERIA-12 » pour évaluer la mémoire épisodique verbale chez la personne âgée : retour d'expérience et perspectives. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 70-76.

Résumé

Introduction. La «GERIA-12» est une tâche d'évaluation de la mémoire épisodique verbale que nous avons développée dans le but de disposer d'un outil adapté aux personnes âgées en consultation, en termes de facilité d'administration et de données normatives. **Retour d'expérience.** L'objectif de cet article est de faire le point sur cet outil, après 5 années d'utilisation clinique, afin de mettre en lumière ses avantages et inconvénients et de réfléchir aux conditions dans lesquelles son utilisation est la plus adaptée. Afin d'illustrer de manière concrète cet outil, une étude de cas sera présentée. **Perspectives.** Cette tâche s'avère effectivement aisée à administrer aux personnes âgées et dispose de données normatives précises. Différentes pistes de travail sont actuellement en cours pour affiner cet outil, et sont développées dans cet article. Une étude pilote montre que les résultats obtenus sont similaires à ceux obtenus avec la RL/RI 16. Par ailleurs, une liste parallèle et une version de la tâche avec des images sont en cours de validation.

INTRODUCTION

Dans la pratique de la neuropsychologie clinique adulte, la mémoire épisodique est un des domaines les plus fréquemment évalués. En effet, un fonctionnement amoindri de celle-ci engendre rapidement des difficultés dans la gestion du quotidien. De plus, une atteinte de la mémoire épisodique, et en particulier de ses processus d'encodage et de consolidation, est observée de manière précoce et spécifique dans certains syndromes démentiels tels que ceux associés à la maladie d'Alzheimer (Moscoso et al., 2019). Avec le vieillissement de la population, l'évaluation de la mémoire épisodique va donc s'avérer cruciale dans les populations de plus en plus âgées, mais les outils dont disposent les psychologues spécialisés en neuropsychologie ne sont pas toujours adaptés à ces populations (Boolaerts et al., 2019).

C'est dans ce contexte que la «GERIA-12» a été développée. Il s'agit d'une tâche évaluant la mémoire épisodique verbale chez les personnes âgées, et basée sur la même procédure que l'épreuve de rappel libre/rappel indicé à 16 items (RL/RI 16, Van der Linden et al., 2004) mais ne comportant que 12 items et 2 essais d'apprentissage. Afin d'évaluer les processus de consolidation, des rappels différés ont lieu après 20 minutes et 24h. C'est aussi pour évaluer plus finement les processus de consolidation que Manoli et al. (2017) ont récemment pu-

blié des normes pour un rappel différé à 1 semaine sur l'épreuve RL/RI 16. L'étalonnage a porté sur 220 personnes âgées de 70 à 89 ans, issues de 3 niveaux de scolarité différents (pour une description détaillée de l'outil et des consignes, voir Vandenberghe et al., 2015).

Les données normatives et le matériel sont téléchargeables gratuitement en suivant ce lien :

<http://www.crfna.be/Lesdisciplines/LaNeuropsychologie/tabid/59/Default.aspx#TESTS>

Les principales différences par rapport à la procédure de la RL/RI 16 items concernent le 2^e essai, pour lequel aucun feedback n'est fourni, et le fait que la reconnaissance a lieu en différé, après la phase de rappel libre / indicé. Enfin, la phase de rappel différé libre / indicé après 24 heures est réalisée par téléphone. L'examineur s'assure la veille d'un moment où il pourrait joindre le participant par téléphone, sans lui en expliquer le motif.

RETOUR D'EXPÉRIENCE

Après plusieurs années d'expérience clinique quant à l'utilisation de cette nouvelle tâche, il s'avère qu'elle est effectivement plus aisée à réaliser avec des personnes âgées, de par sa durée de passation plus courte et la charge attentionnelle diminuée

étant donné le nombre de mots à apprendre moins élevé. Les performances obtenues sont donc a priori moins contaminées par des effets de fatigue. À titre d'exemple, la durée de la première partie de la tâche (encodage sémantique, rappel immédiat et deux essais d'apprentissage) excède rarement 10 minutes. La seconde partie, qui comprend le rappel différé et la reconnaissance, ne prend quant à elle que quelques minutes. Le fait de diviser la tâche en deux parties relativement courtes permet d'éviter le sentiment de longueur et de lassitude qui peut apparaître dans une tâche plus longue telle que la RL/RI 16 items. En outre, pour les personnes en difficulté dans la tâche, cela permet de se faire une idée de leurs capacités mnésiques tout en évitant de les confronter trop longtemps à leurs difficultés.

Cela permet d'évaluer des réseaux de consolidations différents de ceux utilisés pour consolider une information à plus court terme.

Un deuxième avantage est que la Géria-12 bénéficie de données normatives précises en fonction de 2 tranches d'âge et de 3 niveaux scolaires. Il s'agit donc d'une des rares tâches étalonnées avec précision dans les populations âgées et très âgées, ce qui permet de contrer les problèmes d'interprétation liés aux effectifs trop limités ou regroupant des participants au sein d'une classe d'âge trop étendue. Dès lors, à partir de 80 ans, nous avons tendance à utiliser d'office cet outil, afin de garantir à la personne en face de nous que sa performance sera comparée à celles de personnes de son âge et non à celles de personnes plus jeunes.

Un troisième avantage concerne la mise à disposition de données normatives pour un rappel différé à 24 heures. Ce rappel à 24 heures nous paraît utile à plusieurs égards. Premièrement, il permet d'évaluer une consolidation après une nuit de sommeil, ce qui nous semble avoir une valeur plus écologique qu'un unique rappel après 20 minutes. En effet, pour évaluer les difficultés mnésiques qui peuvent apparaître dans le quotidien des personnes âgées, pouvoir se faire une idée de ce qui reste mémorisé après une nuit de sommeil est utile. En outre, cela permet d'évaluer des réseaux de consolidation différents de ceux utilisés pour consolider une information à plus court terme, et donc de mettre en

évidence des difficultés plus fines qui ne seraient pas observées lors d'un rappel réalisé uniquement après 20 minutes. Deuxièmement, le fait d'avoir un contact avec la personne le lendemain de son évaluation permet de revenir sur d'éventuelles questions que la personne se serait posées suite à sa consultation. Cela permet également d'évaluer la mémoire épisodique de manière informelle : dans quelle mesure la personne se rappelle-t-elle du contenu de la consultation, du fait qu'elle était prévenue qu'elle allait recevoir un coup de téléphone, etc. Dans le cas de troubles mnésiques importants, il arrive que la personne ne se souvienne pas avoir réalisé la tâche, ce qui apporte également des informations précieuses quant au fonctionnement de sa mémoire épisodique.

Le fait de réaliser ce rappel à 24 heures par téléphone peut paraître étonnant mais dans la pratique, cela se révèle finalement assez simple à mettre en place. Nous avons imaginé cette méthode au départ par facilité, afin de ne pas devoir faire revenir la personne pour quelques minutes seulement. Étant donné les difficultés de déplacement rencontrées par un bon nombre de personnes âgées (mobilité réduite, dépendance vis-à-vis d'un membre de la famille pour les trajets, etc.), cela nous paraissait important d'éviter un deuxième déplacement le lendemain. Dès lors, à la fin de la consultation, nous convenons d'un moment avec la personne auquel elle sera joignable le lendemain, en lui expliquant que nous aurons encore quelques questions à lui poser pour clôturer le bilan. Cela permet de s'assurer de pouvoir joindre la personne le lendemain, et de s'assurer qu'elle sera dans des conditions de calme chez elle et non à l'extérieur (dans le cas où elle n'est joignable que sur un portable). Dans le cas où la personne revient d'office le lendemain, ou dans le cas où elle est hospitalisée, le rappel à 24 heures est alors réalisé de visu et non par téléphone.

Le seul inconvénient de la procédure par téléphone est que le rappel libre est parfois difficile à réaliser de manière formelle en attendant deux minutes complètes lorsque la personne est en difficulté. Dans ce cas-là uniquement, le rappel libre est parfois écourté pour passer plus rapidement au rappel indicé. Toutefois, nous avons montré qu'après 24 heures, les performances au rappel total étaient davantage cruciales que celles au rappel libre (Vandenberghe et al., 2015). En effet, les scores en rappel libre après 24 heures montraient un effet plancher dans certaines tranches d'âge et de ni-

veau scolaire (les sujets très âgés de faible niveau scolaire par exemple). Toutefois, même ces sujets âgés sains en difficulté dans les tâches de rappel libre étaient fortement aidés par l'indigage sémantique, qui leur permettait d'améliorer leur performance. La prise en compte des scores au rappel total après 24 heures apparaît donc d'un intérêt considérable pour différencier les difficultés liées au vieillissement normal de celles liées à une maladie affectant le fonctionnement de la mémoire épisodique.

Par ailleurs, notre tâche comporte une nouveauté supplémentaire par rapport aux tâches existantes: il s'agit du calcul d'indices à partir de l'analyse de la performance item par item [*Item specific deficit approach*, Wright et al., 2009]. Ces indices présentent l'intérêt de fournir des indicateurs cliniques spécifiques aux processus d'encodage, de consolidation et de récupération. Nous avons montré que la majeure partie des participants sains ont un indice d'encodage égal à zéro (Vandenberghe et al., 2015), c'est-à-dire qu'ils rappellent chacun des 12 items au moins une fois au cours des essais. Or, dans notre pratique clinique, nous rencontrons fréquemment des personnes chez qui l'indice d'encodage est supérieur à zéro, ce qui signifie qu'un ou plusieurs items ne sont rappelés à aucun essai d'apprentissage. Étant donné que chez les participants sains cet indice d'encodage est très faible, voire égal à zéro dans la plupart des cas, le fait d'observer en consultation certaines personnes chez qui certains items ne sont rappelés à aucun essai d'apprentissage semble donc être un indice de difficultés d'encodage en mémoire épisodique.

Par rapport aux inconvénients éventuels rencontrés avec cette nouvelle tâche, nous souhaitons soulever le fait qu'à l'heure actuelle nous ne disposons pas de mesure précise de sa sensibilité. Lorsque nous devons évaluer des personnes relativement jeunes (en dessous de 80 ans), avec une réserve cognitive importante et à priori peu de difficultés mnésiques dans leur quotidien, nous n'avons pas la certitude que notre tâche sera suffisamment fine pour mettre en évidence un moindre fonctionnement de la mémoire épisodique. Dans ces cas-là, nous avons tendance à réaliser la RL/RI 16 items. Toutefois, une étude en cours compare les performances de personnes âgées dans ces deux tâches (RL/RI 16 items et Géria-12) afin d'évaluer dans quelle mesure ces deux tâches ont la même sensibilité. Nous devrions donc avoir plus de précisions quant à cette question d'ici quelques mois.

Un autre inconvénient lié à l'utilisation de la Géria-12 est qu'à l'heure actuelle nous ne disposons pas de liste parallèle pour cette tâche. Cela peut donc être problématique lors d'un bilan de comparaison quelques mois plus tard. Nous reviendrons sur ce point dans la section liée aux perspectives.

ÉTUDE DE CAS

Madame B est âgée de 85 ans et se présente en consultation accompagnée par sa fille. Madame décrit des oublis plus fréquents, principalement pour les informations récentes. Sa fille précise que le bilan a été réalisé à la demande des enfants de Madame, étant donné qu'ils constatent des changements importants depuis environ un an sur le plan de la mémoire, alors que Madame gérait tout jusqu'à présent, y compris le traitement de son époux insulino-dépendant. Sa fille cite l'exemple des dates d'anniversaire de ses petits-enfants, que Madame a tendance à oublier alors qu'elle y a toujours accordé beaucoup d'importance. De même, elle présente des difficultés pour retenir où en sont ses petits-enfants dans leur parcours scolaire et professionnel. Enfin, elle oublie que son chien fait des allergies alimentaires et par conséquent elle ne le nourrit pas de manière adéquate.

Au niveau affectif, Madame exprime avoir un bon moral. Sa fille ajoute qu'il y a davantage de tensions au sein du couple depuis que Madame présente quelques difficultés dans la gestion du quotidien (ralentissement notamment). Sur le plan comportemental, on ne note pas de comportement particulier. Madame est très collaborante.

Madame a le français comme langue maternelle. Elle a réalisé des études d'institutrice et a enseigné dans le primaire jusqu'à sa pension. Elle est mariée et a deux enfants.

L'évaluation informelle de la mémoire épisodique de Madame met en évidence une orientation temporelle globalement préservée (Madame connaît la date mais se trompe dans l'année). Le rappel des faits autobiographiques anciens peut se faire sans difficultés (Madame peut détailler son parcours scolaire et professionnel, de même que sa généalogie). En revanche, le rappel des faits autobiographiques plus récents est laborieux. En outre, lorsque Madame est rappelée après 24h, elle ne se souvient pas avoir réalisé la tâche ni avoir été prévenue

	Score	Normes
Rappel immédiat	12/12	Perc. 25-100
Rappel libre 1	5/12	Z = -1,70
Rappel libre 2	5/12	Z = -2,14
Rappel total 1	12/12	Perc.50-100
Rappel total 2	9/12	Perc. 1

Après 20 minutes :

Rappel différé libre	4/12	Z = -2,90
Rappel différé total	8/12	< Perc. 1
Reconn.	10/12	< Perc. 1
Fausses reconn.	0	

Après 24 heures :

Rappel différé libre	2/12	Z = -1,91
Rappel différé total	6/12	< Perc. 1

Tableau 1 : Résultats de Madame B

qu'elle allait être recontactée le lendemain par téléphone.

Une évaluation de la mémoire épisodique sur matériel verbal a été réalisée à l'aide de la Géria-12. Les performances de Madame sont illustrées ci-dessous.

L'analyse des performances de Madame à la Géria-12 montre des rappels libres faibles à déficitaires, et un indigage sémantique qui permet de retrouver les mots manquants lors du premier essai d'apprentissage, suggérant la présence de difficultés de récupération en mémoire épisodique. Toutefois, les performances chutent au fil des rappels totaux (rappel total 2, puis rappel total à 20 minutes et à 24 heures), suggérant également la présence de difficultés de consolidation en mémoire épisodique.

Par ailleurs, lors de l'intervalle de 20 minutes, Madame réalise plusieurs tâches évaluant les fonctions exécutives, dans lesquelles elle obtient des performances dans les normes (Stroop Victoria, Trail Making Test et 6 essais de la Tour de Londres). Après le rappel différé, Madame réalise une tâche de fluences dans laquelle elle produit 25 mots commençant par P et 28 noms d'animaux, ce qui situe ses performances dans les normes. Elle obtient également des performances dans les normes dans une tâche de dénomination et réalise un dessin de l'horloge de mémoire sans particularité. Enfin, une échelle de dépression est réalisée avec Madame

(GDS – Geriatric Depression Scale, Yesavage et al., 1982), et est évaluée à 1/15, ce qui confirme les dires de Madame lors de l'anamnèse et ne suggère pas la présence d'un syndrome dépressif.

En conclusion, le bilan neuropsychologique a permis de mettre en évidence la présence d'une légère altération des processus de consolidation en mémoire épisodique verbale. Le reste du bilan est sans particularité. Ce tableau clinique est compatible avec un trouble neurocognitif mineur mnésique. Étant donné les changements observés par la fille de Madame sur le plan mnésique, ainsi que les difficultés mises en évidence ce jour dans une tâche d'apprentissage, il semble important de suivre Madame sur le plan cognitif afin d'évaluer le caractère évolutif ou non des difficultés mnésiques mises en évidence ce jour.

Le fait d'avoir utilisé la Géria-12 avec cette Madame B a permis d'évaluer avec finesse les processus mnésiques, tout en allégeant la longueur de la tâche. Dans ce cas-ci, le temps gagné a pu être utilisé pour approfondir l'évaluation des fonctions exécutives, ce qui a ensuite permis d'apporter des éléments de réponse intéressants aux questions soulevées par la fille de Madame quant aux éventuels dangers à domicile. En outre, le fait de diviser la tâche en 3 courtes parties de quelques minutes (phase d'apprentissage, rappel à 20 minutes puis à 24 heures) permet (1) d'éviter que Madame soit confrontée à ses difficultés lors d'une phase d'apprentissage longue et parfois décourageante comme c'est le cas dans d'autres tâches, et (2) d'obtenir des informations précieuses sur les difficultés de consolidation après 24 heures, qu'il sera pertinent de surveiller dans les mois qui viennent.



Le fait d'avoir utilisé la Géria-12 avec cette Madame B a permis d'évaluer avec finesse les processus mnésiques, tout en allégeant la longueur de la tâche.



PERSPECTIVES

Nous avons soulevé le fait qu'une difficulté que nous rencontrons actuellement avec l'utilisation de cette nouvelle tâche est liée au fait qu'elle ne dispose pas de liste parallèle. Par conséquent, il est parfois difficile d'interpréter une éventuelle aggravation des difficultés mnésiques lorsqu'une personne

doit être réévaluée quelques mois plus tard. Nous avons donc créé une liste parallèle comprenant 12 autres mots, équivalents à ceux utilisés pour la liste de base sur le plan de la fréquence d'usage de la langue et du rang de prototypie. 60 participants exempts de troubles cognitifs et psychiatriques ont été recrutés pour valider cette liste parallèle. Malheureusement, il semble que les résultats au rappel différé après 20 minutes ne soient pas équivalents pour les deux listes, de sorte que cette première version de la liste parallèle doit encore être améliorée avant de pouvoir être utilisée dans la pratique clinique.

Une autre difficulté rencontrée dans notre pratique clinique est liée à un problème plus large et bien connu des psychologues spécialisés en neuropsychologie : la non adéquation de la majorité de nos outils face aux personnes issus d'autres cultures, peu scolarisées ou ne parlant pas le français. Pour apporter une petite réponse face à cette large problématique, nous avons adapté la Géria-12 avec des images, en utilisant la même procédure que celle imaginée dans le TNI-93 (Dessi et al., 2009) afin de contrer la barrière linguistique. Les participants doivent dénommer les images, et les items à mémoriser sont ceux tels qu'ils ont été dénommés, sans corriger les participants en cas d'erreurs de dénomination. Environ 200 participants sains ont participé à cet étalonnage, les données sont actuellement en cours de traitement.

À plus long terme, les perspectives sont d'évaluer la sensibilité et la spécificité de la Géria-12, c'est-à-dire de déterminer dans quelle mesure notre tâche permet de différencier des personnes âgées saines de personnes âgées présentant un risque accru de développer une maladie d'Alzheimer, et de déterminer quelles sont les mesures les plus pertinentes pour y parvenir. Comme évoqué précédem-

ment, une première étape consiste à comparer les conclusions obtenues dans la Géria-12 à celles obtenues avec la RL/RI 16 items. Pour cela, nous avons mis sur pied une étude dans laquelle les participants se voient administrer les deux tâches, avec un intervalle de 2 mois entre les deux. Les participants sont tous des personnes âgées entre 70 et 90 ans, qui se présentent en consultation en raison de difficultés cognitives. L'ordre d'administration des tâches est contrebalancé. Les premiers résultats basés sur 15 participants amènent à des conclusions similaires dans les 2 tâches (travail de mémoire de fin d'études, non publié). Nous sommes actuellement en train de recruter des participants supplémentaires pour pouvoir tirer des conclusions sur un échantillon plus important.

À plus long terme également, il serait utile de récolter des données normatives dans les populations âgées de plus de 90 ans et de moins de 70 ans, afin d'élargir les tranches de population dans lesquelles la tâche pourra être utilisée.

En conclusion, nous avons maintenant tendance à utiliser ce nouvel outil d'évaluation de manière systématique en consultation avec les personnes âgées à partir de 80 ans, et avec les personnes entre 70 et 80 ans lorsqu'elles montrent dès l'anamnèse des signes de fatigue ou lorsque l'examen informel de la mémoire épisodique suggère la présence de difficultés mnésiques importantes. Au-delà des aspects diagnostiques, le fait de détecter les difficultés d'encodage et de consolidation qui risquent de s'aggraver devrait permettre de mieux anticiper et prendre en charge leurs répercussions dans le quotidien, et de mettre en place les aides et les adaptations nécessaires afin de maintenir le plus longtemps possible la qualité de vie des personnes et de leur entourage.

Références

- Boolaerts, L., Meyer, S. R. A., Scheltens, P. et De Jonghe, J. F. M. (2019). Testing episodic memory in elderly subjects: not as simple as it looks. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 9, 207-216.
- Dessi, F., Maillet, D., Metivet, E., Michault, A., Le Clésiau, H., Ergis, A.-M. et Belin, C. (2009). Evaluation des capacités de mémoire épisodique de sujets âgés illettrés. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 7(4), 287-296.
- Manoli, R., Chartaux-Danjou, L., Mecheri, H., Delecroix, H., Noulhiane, M. et Moroni, C. (2017). Extension to One Week of Verbal Memory Consolidation Assessment. *Neuropsychology*, 32(3), 366-373.

Moscoso, A., Silva-Rodríguez, J., Aldrey, J. M., Cortés, J., Fernández-Ferreiro, A., Gómez-Lado, N., Ruibal, Á. et Aguiar, P. (2019). Staging the cognitive continuum in prodromal Alzheimer's disease with episodic memory. *Neurobiology of ageing*, 84, 1-8.

Vandenberghe, M., Michiels, J., Vanderaspolden, V., Claes, T. et Fery, P. (2015). Élaboration et normalisation d'une épreuve d'évaluation de la mémoire épisodique verbale chez la personne âgée: «GERIA-12». *Revue neurologique*, 171(12), 853-865.

Van der Linden, M., Coyette, F., Poitrenaud, J., Kalafat, M., Calicis, F., Wyns, C. et Adam, S. (2004). L'épreuve de rappel libre/rappel indicé à 16 items (RL/RI-16). Dans M. Van der Linden et les membres du GREMEM (dir.). *L'évaluation des troubles de la mémoire: Présentation de quatre tests de mémoire épisodique (avec leur étalonnage)* (p. 25-47). Solal.

Wright, M., Woo, E., Schmitter-Edgecombe, M., Hinkin, C., Miller, E. et Gooding, A. (2009). The Item-Specific Deficit Approach to evaluating verbal memory dysfunction: Rationale, psychometrics, and application. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31(7), 790-802.

Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M. et Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

Apprentissages des âges avancés : apprendre à perdre et apprendre à gagner

Alain KERVARREC

Psychologue, Cabinet Libéral,
29100 Douarnenez

Florence LE VOURC'H

Psychologue, CHU de Brest,
29200 Brest

Youna BONNIZEC

Psychologue, CH Michel Mazéas,
29100 Douarnenez

Contact

Alain KERVARREC

akerva@club-internet.fr

Cabinet Libéral, 29100 Douarnenez

Mots-clés

- Vieillesse
- Développement
- Adaptation
- Réhabilitation
- Soins psycho-sociaux

Conflits d'intérêts

Les autrices et l'auteur déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Kervarrec, A., Le Vourc'h, F. et Bonnizec, Y. (2020). Apprentissages des âges avancés : apprendre à perdre et apprendre à gagner. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 7, pp. 77-87.

Résumé

Dans son roman, *Les grâces*, publié en mars 2019, Delphine de Vigan raconte les derniers mois d'une dame qui présente une aphasie progressive. Vers la fin de son livre, elle fait dire à un de ses personnages « Vieillir c'est apprendre à perdre ».

Cette idée n'apparaît pas conforme à ce que nous avons appris comme psychologues cliniciens spécialisés en neuropsychologie auprès des personnes âgées présentant un vieillissement cérébral/cognitif problématique.

Dans cet article, nous nous appuyons à la fois sur nos expériences cliniques croisées : nos rencontres en entretiens, en bilans, en réhabilitations et en soins psychosociaux, et sur nos lectures (Adam, Baltes, Van der Linden et Juillerat Van der Linden...). Si vieillir est un temps où nous sommes confrontés à notre finitude, ne concevoir les derniers temps de notre vie que sous un angle négatif est dangereux. Nous montrons que les âges avancés restent des temps de développements et d'apprentissages : apprendre ce qu'est vieillir et apprendre à s'adapter à soi. Au-delà, vieillir ce peut être aussi continuer à apprendre de nouvelles connaissances et de nouvelles capacités, apprendre à maintenir son identité, cela même en situation de vieillissement cérébral/cognitif problématique ; à condition d'y être aidé.

INTRODUCTION

Déjà dans les années 1960, J. Brel chantait *Les vieux*. Aujourd'hui, peut-être davantage encore, les questions et les représentations de la vieillesse irriguent tous les champs de notre quotidien, de la politique à la culture : de la sénilité de Pinochet (Van der Linden, 2000)⁸, à « l'anosognosie » de J. Chirac⁹; de la journée mondiale du 21 Septembre « Contre la Maladie d'Alzheimer », à la semaine bleue pour la prévention concernant l'avancée en âge; de la bande dessinée (et du film) *Les Vieux Fourneaux*¹⁰, au roman (et au film) *Le vieux qui ne voulait pas fêter son anniversaire*¹¹.

Dans son roman *Les gratitudes*, publié en mars 2019, Delphine de Vigan¹² tisse le récit à trois voix de Marie, l'amie; Jérôme, l'orthophoniste et Michka, une femme âgée avec une aphasie progressive. Page 130 de son livre, l'auteure met ces mots dans la bouche de Jérôme: « *Vieillir, c'est apprendre à perdre. Encaisser, chaque semaine ou presque, un nouveau déficit, une nouvelle altération, un nouveau dommage. Voilà ce que je vois.* ».

Psychologues cliniciens spécialisés en neuropsychologie, nous travaillons depuis quelques années auprès de personnes âgées. Nous les rencontrons dans le cadre d'activités de bilans individuels, mais aussi de réhabilitations cognitives en individuel ou en groupe, dans le cadre d'activités de soutien et d'accompagnement, dans le cadre d'activités de soins à dimensions psycho-sociales (ces dernières visant le maintien des capacités, cherchant la poursuite d'un enrichissement personnel, un sentiment positif de soi, par la mise en place de buts à atteindre et d'échanges interpersonnels au travers de projets notamment intergénérationnels). Psychologues, nous rencontrons et nous accompagnons aussi parfois les proches de ces personnes.

Dans ce cadre professionnel qui est le nôtre, sommes-nous en accord avec le point de vue

8. Van der Linden, M. (2000, 22 février). « Non, Pinochet n'est pas sénile », carte blanche publiée dans le journal Libération (France).

9. Jacques Chirac souffre d'anosognosie (2011, 4 septembre). Journal Le Monde (France).

10. Lupano, W., Cauuet, P. (2014). *Les vieux fourneaux: ceux qui restent*. Paris, France: Dargaud.

11. Jonasson, J. (2011). *Le vieux qui ne voulait pas fêter son anniversaire* (Traduit par C. Berg). Paris, France: Presses de la Cité.

12. De Vigan, D. (2019). *Les Gratitude*s. Paris, France: Jean Claude Lattès.

énoncé par Mme de Vigan : « Vieillir, c'est apprendre à perdre. » ?

Est-ce cela vieillir ? Est-ce *seulement* cela ? N'y a-t-il pas autre chose à apprendre avec l'avancée en âge que « le déficit » et « l'altération » ? Qu'avons-nous appris de nos rencontres ? Que nous ont appris nos aînés et notre cheminement à leurs côtés, nos lectures, nos recherches cliniques aussi ?

À partir des témoignages que nous recueillons, nous ne pouvons pas nier la part tragique que peut représenter le vieillissement (tragédie au moins au sens du théâtre classique: une crise près de sa fin)¹³. Nous verrons cependant, à partir du concept de stéréotypes, les risques éventuels qu'il peut y avoir à se focaliser sur ce seul aspect des dernières étapes de notre développement. Nous verrons, à partir des travaux en psychologie développementale notamment, que vieillir est aujourd'hui à considérer comme une dernière série de nouvelles étapes de notre développement. Ainsi, comme grandir c'est apprendre et apprendre notamment à grandir, vieillir peut être aussi envisagé comme un temps pour continuer à apprendre, et notamment apprendre à vieillir, mais aussi s'adapter à soi. Vieillir c'est aussi apprendre encore de nouvelles connaissances. Mais pas seulement, car nous verrons que nos expériences de réhabilitations et de soins psychosociaux nous conduisent à penser que vieillir c'est aussi apprendre des compétences, des capacités nouvelles. Vieillir c'est apprendre éventuellement à se reconstruire ou se maintenir autant que possible, même malgré un vieillissement cérébral/cognitif problématique. Vieillir c'est enfin aussi apprendre à continuer à être. À l'éclairage de la psychologie, avec des aides bien dirigées, vieillir apparaît comme un temps pour apprendre à perdre mais aussi pour apprendre à gagner.

« Vieillir c'est apprendre à perdre » (mais pas plus que d'autres moments de la vie)

Nous rencontrons beaucoup de personnes âgées, au cours de nos interventions. Nous prenons toujours le temps d'échanger avec elles sur leurs perceptions de leur situation. Confrontées à des difficultés multiples mais qui les conduisent toutes à devoir nous rencontrer pour chercher des possibili-

13. Guirand, F. (1933). *La tragédie française*. In P. Augé (éd), *Larousse du XX^e siècle en six volumes*. Paris, France: Larousse.

tés d'écoute et de soutien à minima, que nous disent-elles ?

Certaines nous disent parfois l'effroi qui est le leur et que suscite pour eux le fait de vieillir, de ne plus avoir 20 ou 30 ans, de devoir progressivement lâcher prise, de ne plus jouir à tout prix, parfois dans le cadre d'une maladie chronique progressive. D'autres personnes nous disent, plus souvent, les difficultés qui sont les leurs : les peines de voir leurs mots leur manquer, leur mémoire vagabonder¹⁴, leur raison parfois vaciller, leurs possibilités de déplacements se réduire peu à peu, leur sentiment d'inutilité parfois, leur ennui, leur fatigue, le temps long, la souffrance de la disparition des êtres chers, les difficultés avec des proches et parfois le sentiment d'abandon (justifié ou non), leur désespoir, leur crainte ou leur tentation de la mort parfois... Vieillir apparaît alors comme un temps de l'apprentissage obligé des limites du corps et de l'esprit, de la solitude, de la souffrance et nous touchons alors le sens de notre destinée.

Cependant, il faut sans doute avoir vécu avec beaucoup de chance, ou protégé ou indifférent au monde pour avoir pu ignorer les limites du corps et de l'esprit jusqu'au seuil de la vieillesse. Sommes-nous comme les habitants de la ville d'Oran, dans le roman *La peste*, d'Albert Camus (1947)¹⁵ qui préfèrent ignorer la maladie, en allant au théâtre (avant qu'un acteur ne s'effondre et les ramène à leur réalité) ? Divers bouleversements, tels que les accidents, la maladie (la nôtre ou celle de nos proches), et les deuils, parfois prématurés, jalonnent la vie, nous confrontent aux déficits, aux altérations.

Ce n'est pas seulement vieillir qui est apprendre à perdre, dans ce cas, c'est vivre tout entier qui est apprendre à perdre. Mais n'est-ce seulement que cela vivre ? Non bien sûr. Il y a un danger à ne considérer que cela.

« Vieillir, c'est apprendre à perdre » : un stéréotype dangereux

Robert Butler invente le terme d'âgisme en 1969 qui fait alors référence aux discriminations faites aux personnes âgées. Cette discrimination est toujours très présente aujourd'hui et ce malgré ce qui

14. Référence à l'association « Mémoires Vagabondes », association offrant dans le pays de Douarnenez et du Cap Sizun, un lieu d'écoute et d'échanges, d'informations et de détente pour les personnes souffrant d'un trouble de la mémoire et pour leurs proches qui les entourent au quotidien.

15. Camus, A. (1947). *La peste*. Paris, France : Gallimard.

peut être préconisé de mettre en place pour la prévenir (Aquino, 2015).

Adam et al., (2013) puis Van der Linden et Juillerat Van der Linden (2014) nous rappellent que deux représentations de la vieillesse coexistent : notions de sagesse, d'expérience, de transmission, apport en tant que bénévole dans les associations, ... versus déclin, fardeau, sénilité, effondrement des régimes de retraite, augmentation des dépenses de santé. L'âgisme qui désigne « toutes les formes de discrimination, de ségrégation, ou de mépris fondés sur l'âge » est très présent dans nos sociétés s'orientant même vers le jeunisme : volonté de rester jeune. Même les personnes âgées possèdent ces stéréotypes. Combien de personnes rencontrées en consultation nous disent « Je ne vais pas aller en association, il n'y a que des vieux » tout en sachant qu'ils le sont eux-mêmes. Cette perception est courante de se sentir plus jeune que son âge réel, cette notion correspond à l'âge subjectif (Guiot, 2001). Heslon, en 2008, a montré qu'après l'âge de 30 ans, la plupart des adultes se vivent comme étant bien plus jeunes qu'ils ne le sont. Les échelles de mesure de l'âge subjectif prouvent ainsi que la plupart des personnes ayant entre 30 et 80 ans se vivent comme ayant jusqu'à 25 ans de moins que leur âge. Bien évidemment, chacun ressent son vieillissement différemment, se voit, ou non, plus ou moins vieillir, y attache plus ou moins d'importance. Ce ressenti est le fruit de l'histoire de chacun et de l'importance attachée à la présentation de soi et à son corps (Jarthon et Durand, 2015).

Parfois, même les campagnes de prévention en lien avec le vieillissement font preuve de stéréotypes négatifs en imposant presque une norme sur la façon de « bien vieillir » en considérant les clés du bien-être comme étant universelles. Ce procédé nie en partie la subjectivité individuelle et sociale de chacun et tend à rendre en partie responsable la personne de l'éventuelle problématique qu'elle rencontre (Collinet et Delalandre, 2014).

Ces phénomènes ne sont pas sans conséquence sur la santé physique, sur la sphère cognitive, psychosociale des personnes âgées, par le biais de la menace du stéréotype. Ils influencent les apprentissages (Kervarrec, 2017), les résultats d'examens, les performances, les jugements, la communication (Adam et al., 2013). Ils influencent également nos attitudes voire les actes de soins à destination des « vieux », pouvant aller jusqu'à influencer directement l'évolution de leur santé et ce,

souvent, de manière non consciente. Adam en 2014, montre encore comment des représentations négatives autour des âges avancés influencent jusqu'à la possibilité d'adopter des actions de prévention pour soi et un « mieux vieillir » et augmentent le risque d'autoréalisation de difficultés de santé craintes mais envisagées comme inéluctables, notamment pour le personnel soignant.



Ne penser le vieillissement qu'en termes de défaite est un stéréotype négatif qu'il faut donc réussir à dépasser.



Pourtant, sans nier les possibles pertes d'autonomie, il est important de noter que seulement une minorité des personnes âgées de plus de 75 ans vit en EHPAD (10 %, et 35 % de celles âgées de 90 ans ou plus ; DRESS, 2015). Un grand nombre de personnes âgées vit chez à domicile, assumant du mieux possible et aussi longtemps que possible leur vieillesse. Elles vieillissent, elles « perdent » sans doute, mais se maintiennent malgré tout aussi, dans la mesure du possible, avec ou sans aide. Ne penser le vieillissement qu'en termes de défaite est un stéréotype négatif qu'il faut donc réussir à dépasser.

Vieillir : une étape de notre développement

Le champ de la recherche en psychologie développementale, qui s'est ouvert avec le vieillissement démographique de nos sociétés, n'étudie plus uniquement les changements psychologiques de l'enfance ou de l'adolescence, mais tout au long de la vie, incluant la vieillesse. (Concept de « *life span* » ou « vie entière », Lecerf, 2007). Cette approche introduit, déjà dans les années 1970, la perspec-

tive que le développement n'est pas seulement une augmentation de l'efficacité des processus psychologiques, mais représente un système dynamique de compromis entre des gains et des pertes, qui peuvent survenir tout au long de la vie dans les différentes fonctions ou mécanismes psychologiques (personnalité, cognition...) (Baltes, 1987). Nous perdons et nous gagnons à chaque étape.

Parler de développement c'est donc parler d'un temps de vie, celui de la personne, temps incertain à aménager. Comme les autres temps de la vie, vieillir est également un temps d'aménagements. Par exemple, des études ont montré que contrairement aux stéréotypes véhiculés sur les personnes âgées, ces dernières ressentiraient un mieux-être plus important et seraient d'une humeur plus positive que les sujets jeunes (Gross et al., 1997). Cet « effet de positivité » se définit par une augmentation des émotions positives au détriment des émotions négatives. Il ne serait pas un effet seulement lié à l'âge mais serait la résultante d'une modulation du ressenti émotionnel en fonction du temps et des perspectives qu'on a devant soi (Carstensen, 1995). Cet effet de positivité est intéressant car il est envisagé comme une source de plus grande adaptation aux changements et ce quel que soit l'âge (Guillaume *al.*, 2009).

Vieillir peut donc être considéré comme une dernière série de nouvelles étapes de développement, associant gains et pertes, mais avec ses dynamiques particulières. Comme grandir c'est apprendre, vieillir peut aussi être considéré comme un temps pour continuer à apprendre. Mais qu'avons-nous à apprendre ?

Vieillir c'est apprendre à vieillir

Pour faire référence aux propos de Mme V. (Encadré 1), et comme l'indiquent Diehl et Wahl

ENCADRÉ 1. Mme V.

Mme V. (79 ans à sa première consultation, vieillissement cérébral/cognitif problématique non précisé, possiblement d'origine cérébro-vasculaire) avait connu des moments de confusion, et elle avait fait des chutes dans des chemins creux autour de chez elle. Elle se plaignait aussi d'un manque du mot et d'oublis. Dans ce cadre, son médecin traitant avait sollicité l'avis de l'hôpital de jour gériatrique pour diagnostic et projet de soins. Elle avait bénéficié d'un bilan psychologique. Au cours de l'entretien, elle avait dit avec une candeur mêlée de désarroi qui avait amusé le clinicien que « vraiment non personne ne lui avait appris ce qu'était vieillir, qu'il fallait prévenir les gens, que la Télévision devait l'expliquer au plus grand nombre ». Cette candeur contrastait avec les réflexions quotidiennes du professionnel mais elle était bien empreinte de vérité.

(2010), plus une personne est consciente des changements fonctionnels liés à l'âge (aux plans cognitif, physique et de la santé), plus la notion de vieillir est intégrée dans la construction du soi vieillissant. D'autant que des études scientifiques montrent qu'il semble possible de réduire ou de différer les manifestations les plus problématiques du vieillissement en suivant des mesures préventives touchant l'activité physique, la gestion du stress, l'alimentation, les risques cardio-vasculaires, une vie avec des buts, des activités stimulantes et épanouissantes, un réseau social fourni, un bon sommeil... (voir par exemple, Bordeleau et Morency, 2002 ou Ferry, 2008). Shamaskin et al. (2010) rappelaient que ces messages de prévention et les informations données aux personnes âgées concernant leur santé devraient s'appuyer sur l'effet de positivité en insistant sur les bénéfices qu'elles peuvent tirer de certains comportements de prévention. En effet, les résultats de son travail montrent que les personnes âgées évaluent les informations de prévention formulées positivement comme étant plus informatives que celles formulées négativement. Par ailleurs, elles se souviennent davantage des messages positifs que négatifs. En sachant cependant, toute la limite des multiples facteurs psychologiques et sociaux qui peuvent faciliter ou non la réalisation d'activités de prévention.

Nous pouvons donc d'abord commencer par apprendre à vieillir. Mais il y a plus encore à apprendre...

Vieillir c'est apprendre à s'adapter à soi

Dans le cadre d'une journée de formation, le Collectif Breton des Psychologues-Neuropsychologues exerçant en Consultations Mémoire (CBPNM) avait invité Stéphane Adam, à Rennes en 2013. Ce dernier avait alors évoqué les conseils du pianiste Arthur Rubinstein pour compenser les troubles de sa mémoire et l'agilité de ses mains ; conseils que nous partageons souvent auprès des personnes que nous rencontrons. Dans le souci de continuer à jouer, il trouva les solutions pour s'adapter à lui-même : il réduisit son répertoire en le limitant à quelques morceaux qu'il connaissait bien (Sélection) tout en les travaillant intensément (Optimisation) et en ralentissant progressivement la mesure (Compensation) (Théorie SOC, Baltes et Baltes, 1990).

Tout au long de notre vie, nous devons gérer les changements spontanés ou provoqués, nous amenant à élaborer des stratégies, nous permettant de nous adapter, de nous réadapter au mieux à notre environnement physique et social. Nous devons nous adapter pour vivre, on abandonne, on cherche, on essaie, on invente (Esparbes-Pistre et Tap, 2001). Les stratégies que nous développons font appel à différents processus, sous-tendus notamment par les fonctions exécutives : la personnalisation, qui englobe la gestion de la situation présente (stratégies de coping), l'affirmation ou la défense de l'identité, actuelle et passée (stratégies identitaires), la quête de reconnaissance d'une position sociale (stratégies de positionnements et d'engagements sociaux) et l'orientation vers un avenir, impliquant des stratégies de projets (Tap *al.*, 1995).

Cyrułnik (1999) définit la résilience comme étant « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative ». Pour Richard (2004), il s'agit d'une réponse face aux aléas de la vie, face à une certaine vulnérabilité, et au recours à des ressources internes et externes. La résilience relève autant de l'énergie vitale du sujet, de sa personnalité, de sa volonté, de ses motivations, de son état de conscience que du soutien de son entourage. La résilience peut fluctuer avec le vieillissement selon le niveau d'adaptation exigé par le contexte mais elle reste possible. Les conduites de résilience sont parfois choisies, d'autres fois imposées par le contexte et peuvent aussi être déclenchées en dehors de la volonté du sujet.

Pour pouvoir mettre en place une forme d'adaptation, aussi bien du coping que de la résilience, il semble important de considérer avant toute l'aptitude que l'individu a pour faire face à cette perturbation, plutôt que de se centrer sur les limites qui peuvent en découler. Vieillir c'est donc apprendre aussi à s'adapter à ses forces, pour gérer les changements induits.

Mais, plus encore que s'adapter à soi, vieillir peut être un temps pour développer de nouvelles forces, parfois contraint par de nouvelles faiblesses.

Vieillir c'est aussi continuer à apprendre de nouvelles connaissances, développer de nouvelles capacités, reconquérir celles qui avaient été perdues

L'engagement des personnes âgées dans de nombreuses activités associatives de loisirs, ou de services, le succès des universités du temps libre, le développement des voyages à destination des personnes âgées, montrent, parmi bien d'autres exemples, combien l'âge n'est pas une limite obligée à la possibilité de poursuivre un développement personnel, un enrichissement intellectuel, la découverte de nouveautés. L'âge n'empêche pas d'apprendre des connaissances nouvelles.

Adam et al. (2013) citent l'étude d'Avornet Langer (1982) : dans des conditions favorables d'encouragement verbal, des personnes âgées en maison de repos, parvenaient, après quatre sessions d'entraînements de 20 minutes, à progresser dans la vitesse d'exécution de puzzles de dix pièces. Même avec l'âge, des capacités nouvelles peuvent être entraînées et développées (par exemple reconnaître les sons, la parole et retrouver des capacités de communication orale après la pose d'un implant cochléaire ou renforcer ses capacités de compréhension verbale par un travail régulier d'optimisation de la lecture labiale)¹⁶. Dans le cadre d'essais de réhabilitations des lésions acquises, après des accidents vasculaires notamment, nous travaillons aussi au quotidien, avec des personnes âgées et leurs proches qui tentent et réussissent dans la mesure de leurs possibilités, à retrouver des capacités

16. Guidal, P. (2018, 8 mars). Audition. « Ne pas renoncer mais s'adapter ». Repéré à : <https://www.letelegramme.fr/finistere/douarnenez/audition-ne-pas-renoncer-mais-s-adapter-08-03-2018-11878887.php>

perdues ou réduites, à s'y adapter. Des possibilités de projets de réhabilitation existent aussi pour les personnes avec des vieillissements cérébraux/cognitifs problématiques. Dans le cadre d'une atteinte neuro-dégénérative comme la maladie de Parkinson, il apparaît des possibilités de réhabilitation (de la dysarthrie et de la motricité) qui monteraient des possibilités de récupération et de maintien à moyen terme (Ramig et al., 2018). En nous appuyant sur de nombreuses publications des 20 dernières années (notamment Adam et al., 1999), nous avons déjà rendu compte à notre tour de notre expérience au sein de l'HDJ-Gériatrique de Douarnenez (Finistère) de la possibilité bénéfique de projets de réhabilitation individualisée de personnes en situation de vieillissement cérébral/cognitif problématique (Le Vourc'h et Kervarrec, 2013).

L'expérience de la réhabilitation centrée sur la personne et la vie quotidienne en situation de vieillissement cérébral-cognitif problématique a pour objectif d'aider la personne à maintenir des buts dans la vie, une signification à son existence, en lui permettant de maintenir son identité et son autonomie, en entretenant une confiance en soi et un plaisir à vivre. Elle contribue au maintien d'une vie aussi autonome et épanouissante malgré de possibles difficultés (Van der Linden et Juillerat Van der Linden, 2014, et voir Encadrés 2 et 3).

Ces expériences de réhabilitations cognitives centrées sur la personne et sa vie quotidienne ont pu être reproduites auprès d'autres personnes suivies sur le CH de Douarnenez. Messieurs M1 et M2 (et les autres) n'ont-ils pas regagné en capacités, en activités, en confiance ? Leur image auprès de leur entourage n'a-t-elle pas changé ? N'ont-ils pas « gagné » malgré les difficultés ? Vieillir c'est, de ma-

ENCADRÉ 2. Monsieur M1

Monsieur M1, 78 ans, observait que « depuis l'AVC (et un diagnostic de Maladie d'Alzheimer) j'ai des hauts et des bas, ...j'n'ai plus envie de sortir, ...dehors je me sens faible et je me perds ». Il a ainsi bénéficié d'un projet de revalidation cognitive individuelle de 180h à raison d'une journée par semaine axé sur des activités de stimulation en groupe associées à un travail individuel auprès d'un psychologue sur la reprise d'activités de loisirs (maquettes + pétanque en groupe à l'extérieur: deux domaines d'expertises perdus) ainsi qu'à un apprentissage centré sur l'utilisation d'un agenda et d'un tableau. Son épouse a également bénéficié de deux entretiens. Après cet accompagnement spécifique centré sur ses besoins malgré l'aggravation des difficultés mnésiques, son épouse rapportait que Monsieur M1 allait mieux: « il ressort, il s'occupe à la maison avec ses maquettes et d'autres activités diverses, il a repris la pétanque, il parle mieux, il me sollicite beaucoup moins ».

ENCADRÉ 3. Monsieur M2

L'épouse de Monsieur M2, 79 ans s'inquiétait « il ne sort plus, ne sait plus quel jour on est, réalise des rangements incongrus, présente moins d'intérêt pour les jeux télévisés qu'il ne ratait jamais ». Monsieur M2 a bénéficié d'un projet de revalidation cognitive individuelle (binôme psychologue/ergothérapeute) axé sur la facilitation de l'accès aux prénoms de ses petits-enfants, un travail sur un réentraînement au calcul mental (domaine d'expertise), ainsi qu'à l'initiation à la pratique du Sudoku car il s'agissait d'une activité qu'il pouvait partager avec sa petite-fille. Il a ainsi bénéficié de 23h d'accompagnement (deux séances d'1h par semaine pendant 10 séances + trois séances d'1h pour des entretiens avec Monsieur M2 et son épouse). Après ces trois mois d'accompagnement spécifique, malgré la persistance des troubles cognitifs, son épouse notait un mieux « il a une occupation toute la journée, a repris la lecture, se promène tous les jours, aide aux tâches ménagères, s'intéresse aux actualités. »

nière possible, aussi apprendre à optimiser son développement, malgré les difficultés, contre elles, apprendre à remonter des capacités. Mais n'y a-t-il que son autonomie et des capacités cognitives à défendre ou à reconquérir ?

Vieillir c'est apprendre aussi à maintenir son identité, en dépit des difficultés

Lorsqu'Erikson (1980) définit la vieillesse, comme un stade final du développement psychosocial, il l'intitule stade de la « sagesse ». Il précise qu'il s'agit du moment où l'on peut développer un sentiment d'intégrité si nous estimons avoir une vie riche et remplie ou dans le cas contraire, un sentiment de désespoir menant à la dépression face à une vie ressentie comme inachevée.

Avec les personnes victimes de traumatismes crâniens ou d'AVC, nous discutons régulièrement de ce qui pourrait être pour eux, la nécessité de composer une « métamorphose » à la suite de leurs nouvelles limites. Métamorphose en lien avec une identité « plastique » mais permanente, construite sur le changement, la transformation, « en devenir ». La problématique des personnes âgées nous est apparue très proche de ces questions de « méta-

morphose » et de la nécessité de travailler avec elles au maintien de leur identité, par le maintien de possibilités d'enrichissement et d'épanouissement. Cette intuition clinique s'est trouvée renforcée par l'approche défendue par Van der Linden et Juillerat Van der Linden (2014).

Avec le financement du 1^{er} prix du CNNC de 2012, et inspirés par le modèle de l'Association Viva (Valoriser et Intégrer pour Vieillir Autrement), à Lancy (canton de Genève, Suisse)¹⁷, nous avons voulu développer au sein de l'HDJ-Gériatrique de Douarnez, un axe de soins par le biais d'activités à dimensions psychosociales, pour aider les personnes à se maintenir, dans l'appropriation d'eux-mêmes. (Bonnizet et al., 2019). Ces projets se sont également appuyés sur les études de Woods (2012) qui indiquent que le défi le plus important dans le vieillissement est de favoriser l'engagement des personnes âgées au sein même de la société et des structures (sportives, culturelles, associatives), dans des activités qui leur permettent d'interagir avec d'autres, de prendre du plaisir, de se développer personnellement et d'avoir un rôle social valorisant. Cet engagement favoriserait alors l'appropriation de soi ou la réappropriation de soi réunissant cinq composantes clés qui ont été décrites par Leamy et collaborateurs (2011) :

- Être en relation : avoir le soutien des pairs, faire partie de la communauté.
- Espoir et optimisme concernant le futur : être motivé à changer, avoir une pensée positive.
- Identité : reconstruire un sentiment positif d'identité, surmonter la stigmatisation.



[...] le défi le plus important dans le vieillissement est de favoriser l'engagement des personnes âgées au sein même de la société et des structures (sportives, culturelles, associatives), dans des activités qui leur permettent d'interagir avec d'autres, de prendre du plaisir, de se développer personnellement et d'avoir un rôle social valorisant.



17. <http://www.association-viva.org>

- Sens à la vie: chercher une qualité de vie, développer des activités qui ont du sens, trouver un rôle et des buts sociaux.
- Responsabilisation: avoir le contrôle sur sa vie, se focaliser sur ses forces.

Nous avons ainsi démarré, en 2013, les projets VENISE (pour Vieillir ENsemble dans le maintien de son Identité et le Sentiment d'Exister) axés sur 2 volets.

Le premier, *VENISE 1*, est orienté sur le maintien de la valorisation et de l'intégration sociale de personnes ayant des dons artistiques et présentant un vieillissement cérébral/cognitif problématique. L'idée était de rassembler un groupe d'artistes, vivant chez eux, pour la mise en place et le suivi d'expositions temporaires tournantes de leurs œuvres, dans des lieux ouverts au public, en ville. Les rencontres se déroulaient à raison de 2h, tous les 15 jours. Les objectifs étaient: (i) de permettre à ces personnes de continuer à exprimer leur identité au travers de leurs œuvres, de s'épanouir, d'accéder à une reconnaissance et de maintenir la richesse de leurs relations sociales; (ii) de les encourager à continuer ou à reprendre leur création dans le but de les présenter, de proposer des rencontres régulières inscrites dans la durée afin de favoriser l'esprit de groupe; (iii) d'avoir le sentiment d'appartenance à un collectif, de rompre l'isolement et de retrouver un projet. Il était également important d'exposer en dehors du champ de l'hôpital dans un milieu « ordinaire » afin de favoriser l'inclusion sociale et de « normaliser » la personne. Enfin, (iv) un dernier objectif était d'essayer de changer le regard sur les personnes en perte d'autonomie, et notamment sur celles qui vieillissent moins bien d'un point de vue cérébral et cognitif.

En 2015, nous avons développé le second volet *VENISE 2*, orienté sur des activités intergénérationnelles. Les études suggèrent, en effet, que les contextes intergénérationnels augmentent les émotions positives, l'estime de soi, la satisfaction de vie et stimulent le fonctionnement cognitif des personnes âgées (Kessler et Staudinger, 2007). Elles montrent aussi que les programmes intergénérationnels impliquant les personnes âgées et les adolescents peuvent contribuer à la réduction des stéréotypes négatifs liés à l'âge (Fox et Giles, 1993). Au sein de *VENISE 2*, les rencontres se déroulaient 2h par semaine pendant les temps d'activités périscolaires d'une école de la ville. Différentes activités ont été développées avec les enfants de

primaire (atelier couture, atelier cuisine, atelier sciences amusantes, atelier saynètes théâtrales, création d'une émission de radio diffusée sur *DzFishRadio*, création d'un spectacle de marionnettes pour la kermesse...).

L'encadré 4 rassemble quelques exemples cliniques de personnes âgées incluses dans ces deux projets.

Toutes ces personnes témoignent, de par leur expérience, qu'il est possible de s'adapter à chaque difficulté et ce même en avançant dans l'âge et les difficultés. Elles témoignent de la possibilité de maintenir une appropriation de soi, un élan vital, une raison de vivre, un sentiment d'enrichissement personnel, un sentiment d'existence, le maintien de son identité.

CONCLUSION

Nous vieillissons, nous mourrons. Un lâcher prise est sans doute nécessaire à un moment donné. Vieillir peut être vécu comme une tragédie d'un point de vue subjectif ou même objectif. « Vieillir c'est apprendre à perdre »: sans doute, mais pas plus que la vie, dans sa globalité. Il y a un danger pour tous à ne considérer que ce point de vue. Notre pratique clinique nous incline à réfuter ce seul point de vue, et à nous mettre du côté de la pulsion de vie et de l'espoir.

Comme pour la vie entière, le temps des âges avancés s'inscrit encore dans un devenir, un développement toujours possible. Vieillir est aussi le temps d'apprendre, apprendre à vieillir, apprendre à s'adapter à soi, à se maintenir encore, s'enrichir, s'épanouir, autant que possible, malgré toutes nos difficultés éventuelles, même contre elles, pour peu que nous travaillions à ces possibilités, que soient proposés les soins et les dispositifs d'accompagnements adéquats, que nous soyons aidés ou non. Vieillir c'est apprendre à perdre peut-être, mais aussi apprendre à gagner encore. « *We lose to win, we lose to win, nous perdons pour gagner* », chante La Souris Déglinguée¹⁸. Pour Ameisen (2007)¹⁹, au sein de nos cellules même, s'inscrit ce double mouvement de métamorphose: « pour partie en train de

18. Tai Luc (2010). *As-tu déjà oublié?* Paris, France: We lose 2win syndicate.

19. Ameisen, J.-C. (2007). Nous vivons dans l'oubli de nos métamorphoses. XIX^e conférence Marc Bloch, le 12 juin 2007. Repéré à: https://www.ehess.fr/sites/default/files/pagedebase/fichiers/jean-claude_ameisen.pdf

ENCADRÉ 4. Exemples de personnes âgées incluses dans les projets Venise

Monsieur V., 85 ans, avait été rencontré dans un contexte de problématique vasculaire cérébral (hypertension artérielle non traitée, anévrisme abdominal, Pace Maker). Après un épisode confusionnel important qui l'avait profondément marqué, il exprimait un malaise profond. Il exprimait des sentiments négatifs vis-à-vis de lui-même, des sentiments de déclassement social et d'inutilité. Il se sentait fatigué et incapable de « s'accrocher ». Il exprimait une apathie avec un abandon de ses activités. « Je me demande si j'existe », « Je ne me reconnais dans rien », « Je me sens superflu, la 5^e roue du carrosse ». Il disait avoir perdu tout espoir. Il demandait « Aidez-moi à me croire encore utile ». Il tenait un discours qui rendait compte de sentiments de perte d'identité, perte de continuité, perte d'utilité, perte d'estime de soi, perte de sens à sa vie. Après son investissement dans le projet *Venise 1*, Monsieur V. dira en bilan « Ça va, on vieillit tout doucement ». « Je suis bien obligé de voir que je sers encore à quelque chose, que je compte pour des gens » « J'étais comme un arbre échoué, tout le monde s'en fout de mon passé et maintenant, je flotte ». Il s'est ensuite investi dans le projet intergénérationnel.

Madame I., 89 ans qui a présenté un AVC et qui s'était également investie dans ces projets dira en entretien de suivi « Ca va pas mal » « Je n'ai pas assez de temps pour tout faire » « je suis seule et je savoure ma tranquillité ». « Je m'accorde avec ce qui est » « J'ai du mal à me dire que je vais vieillir, j'ai encore envie d'exister ».

A un autre entretien de suivi, Madame G1, 83 ans, explique qu'elle a choisi de s'investir dans le projet *Venise 2* pour être utile. Pour elle, les enfants ont toujours été une raison de vivre et elle se trouve à leur côté, enrichie à chaque rencontre. Elle rajoute que c'est mieux que de rester enfermée et même si elle ne fait pas toujours grand-chose au côté des enfants, elle ne se sent alors pas complètement nulle.

Madame G2, 84 ans, a expliqué que lorsqu'elle croisait quelqu'un avec un sourire elle se disait « tiens, je vis ». Elle a souligné qu'elle appréciait rester tranquille chez elle, mais qu'elle appréciait aussi venir aux activités intergénérationnelles, car elle trouvait que les enfants « c'est stimulant, c'est la vitalité et qu'il faut faire attention, analyser, réfléchir ».

Monsieur D. orienté vers les activités psychosociales intergénérationnelles au sein de *Venise 2*, dira, après un an d'activités, « Je suis content de les voir les minots, ..., l'ambiance est sympa, ..., j'ai le sentiment de reprendre ma vie en main. » ; malgré des difficultés neuro-visuelles persistantes (hémianopsie latérale homonyme) en lien avec un AVC antérieur et un fléchissement cognitif problématique progressif en lien avec une dégénérescence neuro-vasculaire.



Comme pour la vie entière, le temps des âges avancés s'inscrit encore dans un devenir, un développement toujours possible.



mourir, pour partie en train de renaître ». Comme le décrit le sociologue Erhenberg (2018)²⁰ nous plaçons notre clinique neuropsychologique, au croisement des neurosciences cognitives et des sciences humaines, dans une ambition assumée de possibilités à rechercher une optimisation de l'autonomie et du développement, ainsi que l'épanouissement des personnes qui viennent à notre rencontre, qui sont

20. Ehrenberg. A. (2018). La mécanique des passions. Cerveau, comportement, société. Paris, France: Odile Jacob.

orientées vers nos soins. « Il faut imaginer Sisyphe heureux » écrit Albert Camus (1942, p. 196)²¹. Il faut travailler à préserver « les fragiles possibilités de beauté, bonheur et plénitude » précise la philosophe Simone Weil (1957, p 50)²².

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur compagnonnage et leur enseignement: Madame I., Madame K., Madame G., Monsieur V., Monsieur B., Monsieur D., et tous les autres... vieux et heureux malgré tout ?

21. Camus, A. (1942). Le mythe de Sisyphe. Paris, France: Gallimard.

22. Weil, S. (1957). Écrits de Londres et dernières lettres. Paris, France: Gallimard, collection Espoir.

Nous avons soumis aux Cahiers de Neuropsychologie Clinique, cet article le 04/11/2019, en pensant très fort à Martial et Anne Claude Van der Linden et Jullierat-Van Der Linden et leurs deux filles. Nous voulions leur signifier dans des moments que nous savions difficiles et nous leur dédions cet article, sous une forme un peu cryptée, en référence à une anecdote, partagée avec amu-

sement par Martial «Fourgon Du Tilleul» (traduction Google), un soir, à Douarnenez. Parfois entre nous, nous parlions d'eux, sous ce pseudonyme. Nos remerciements pour leur enseignement vivant, chaleureux et généreux ainsi que nos pensées les plus vives qui sont davantage encore tournées vers eux, après le 10/11/2019.

Références

- Adam, S., Van der Linden, M., Andres, P., Quittre, A., Olivier, C. et Salmon, E. (1999). La prise en charge en centre de jour de patients Alzheimer au stade débutant. Dans P. Azouvi, D. Perrier et M. Van der Linden (dir.). *La rééducation en neuropsychologie : étude de cas*. (p. 275-297). Solal.
- Adam, S. (2014, juin). *Âgisme et Jeunisme*. Communication présentée dans le cadre d'une journée des CMRR et consultations mémoire de Bretagne, Bono, France.
- Adam, S., Joubert, S. et Missotten, P. (2013). L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs! *Revue de Neuropsychologie*, 5(1), 4-8. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
- Aquino, J.-P. (2015). Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology : On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23(5), 611.
- Bonnizec, Y., Le Vourc'h, F. et Kervarrec, A. (2019). Des pratiques neuropsychologiques en gériatrie. *Les actes de psychologues en gériatrie, 5^e séminaire : Complémentarités*. (p. 19-20). Association Psychologie & Vieillessement.
- Bordeleau, C. et Morency, L. (2002). Gestion du stress pour des personnes âgées. *Loisir et Société / Society and Leisure*, 25(2), 421-441. <https://doi.org/10.1080/07053436.2002.10707596>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism : another form of Bigotery. *The Gerontologist* 9(4), 243-246.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156.
- Collinet, C. et Delalandre, M. (2014). L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement. *L'Année Sociologique*, 64(2), 445.
- Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.
- Diehl, M. K. et Wahl, H.-W. (2010). Awareness of age-related change : Examination of a (mostly) unexplored concept. *Journal of Gerontology Series B : Psychological Sciences & Social Sciences*, 65B(3), 340-350.
- DRESS(2015)<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa>
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. W.W. Norton et Company.
- Esparbès-Pistre, S. et Tap, P. (2001). Identité, projet et adaptation à l'âge adulte. *Carrièreologie, Revue franco-phone internationale*, 8(1), 133-145.
- Ferry, M. (2008). Bases nutritionnelles pour un vieillissement réussi. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 43(2), 90-96.
- Fox, S. et Giles, H. (1993). Accomodating intergenerational contacts : A critical and theoretical model. *Journal of Aging Studies*, 7, 423-451.

- Guillaume, C., Eustache, F. et Desgranges, B. (2009). L'effet de positivité : un aspect intrigant du vieillissement. *Revue de neuropsychologie*, 1(3), 247-253.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Gotestam Skorpen, C. et Hsu, A. Y. (1997). Emotion and aging : experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12(4), 590-599.
- Guiot, D. (2001). Tendance d'âge subjectif : Quelle validité prédictive ? *Recherche et applications en marketing*, 16(1), 25-43.
- Heslon, C. (2008). Anniversaires et psychologie des âges de la vie. *Le Journal des psychologues*, 261(8), 45-49.
- Jarthon, J.-M. et Durand, C. (2015). Bien vieillir ou rester jeune. Essai de typologie des formes de gestion active de la vieillesse à travers la pratique du fitness des femmes. *Retraite et société*, 71(2), 91-110.
- Kervarrec, A. (2017). Appropriations Mathématiques – Appropriation de soi. *Rééducation Orthophonique, La cognition mathématique*, 269(54), 219-229.
- Kessler, E. M. et Staudinger, U. M. (2007). Intergenerational potential : Effects of social interaction between older adults and adolescents. *Psychology and Aging*, 22(4), 690-704.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. et Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health : systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Lecerf, T., de Ribaupierre, A., Fagot, D. et Dirk, J. (2007). Psychologie développementale du Lifespan. Dans Théories, méthodes et résultats dans le domaine cognitif. *Gérontologie et société*, 123(30), 85-107.
- Le Vourc'h, F. et Kervarrec, A. (2013). Essais cliniques de revalidations cognitives individualisées ciblées sur des activités de vie quotidienne. *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 2, 63-65.
- Ramig, L., Halpern, A., Spielman, J., Fox, C. et Freeman, K. (2018). Speech treatment in Parkinson's disease : Randomized controlled trial (RCT). *Movement Disorders*, 33(11), 1777-1791. <https://doi.org/10.1002/mds.27460>
- Richard, J. (2004). Résilience et vulnérabilité : de l'ajustement des concepts en psychogérontologie. *Gérontologie et société*, 109(27), 109-125.
- Shamaskin, A. M., Mikels, J. A. et Reed, A. E. (2010). Getting the message across : Age differences in the positive and negative framing of health care. *Psychology and Aging*, 25(3), 746-751. <https://doi.org/10.1037/a0018431>
- Tap, P., Esparbès, S. et Sordes-Ader, F. (1995). Stratégies de coping et personnalisation. *Bulgarian Journal of Psychology*, 2, 59-80. Repéré à <https://www.pierretap.com/pdfs/127.pdf>
- Van der Linden, M. et Juillerat Van der Linden, A.-C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Mardaga.
- Van der Linden, M. et Juillerat Van der Linden, A.-C. (2016). Les interventions psychologiques et psychosociales chez les personnes présentant une démence légère à modérée. Dans X. Seron et M. Van der Linden (dir), *Traité de Neuropsychologie Clinique de l'Adulte (deuxième édition), Tome 2, Revalidation* (p. 411-436). De Boeck / Solal.
- Woods, B. (2012). Well-being and dementia – how can it be achieved? *Quality in Ageing and Older Adults*, 13, 205-211.

Venez rejoindre l'OFPN !

Vous êtes psychologue spécialisé en neuropsychologie et souhaitez participer au développement de la profession ? Venez découvrir les projets menés par l'Organisation Française des Psychologues Spécialisés en Neuropsychologie ! Rendez-vous sur notre site internet : www.ofpn.fr

L'OFPN vise à porter la parole des psychologues spécialisés en neuropsychologie et de leurs regroupements au niveau national. Cette association se donne également pour objectifs de susciter, d'encourager et d'initier toute action de défense et de promotion de la pratique neuropsychologique par les psychologues. L'adhésion est possible en ligne, l'ensemble des modalités vous est expliqué sur la page « Adhésion » de notre site.

Appel à publication des éditions De Boeck Supérieur

Vous êtes neuropsychologue et vous développez des tests ? Vous êtes auteur de matériel ou de textes en neuropsychologie ? Les éditions De Boeck Supérieur, riches d'un catalogue de neuropsychologie de plus de cinquante titres, cherchent à publier de nouveaux auteurs. Pourquoi pas vous ? Si vous portez un projet de publication, n'hésitez pas à nous écrire à amaury.derand@deboecksuperieur.com



Nous vous attendons !

Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique existent grâce à vous

N'oubliez pas que les *Cahiers de Neuropsychologie Clinique* sont votre revue. Si vous prenez plaisir à en lire les articles, il faut, pour que la revue perdure, soumettre vos écrits, que ce soit pour communiquer sur votre pratique, partager votre expérience, vos connaissances ou vos questionnements et réflexions. La publication d'un article peut être un projet enrichissant dans le cadre de vos missions FIR (Formation, Information, Recherche) ou équivalents et pour votre formation continue. C'est également un projet que vous pouvez mener avec votre stagiaire, votre équipe ou les membres de votre association par exemple.

Si vous souhaitez nous contacter, vous pouvez nous écrire à l'adresse suivante : cahiers@ofpn.fr

Retrouvez-nous également sur notre site Internet : www.cahiersdeneuropsychologieclinique.fr

Cette revue est une création intellectuelle originale qui, par conséquent, entre dans le champ de protection du droit d'auteur. Son contenu est également protégé par des droits de propriété intellectuelle. Toute reproduction, totale ou partielle, et toute représentation du contenu substantiel de cette revue, d'un ou de plusieurs de ses composants, par quelque procédé que ce soit, sans autorisation expresse du Comité Éditorial des Cahiers de Neuropsychologie Clinique, est interdite, et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.